

**Universidade do Minho**  
Escola de Economia e Gestão

José Augusto Pereira Gomes

**Percurso para a avaliação da qualidade no  
Bloco Operatório**



**Universidade do Minho**

Escola de Economia e Gestão

José Augusto Pereira Gomes

## **Percurso para a avaliação da qualidade no Bloco Operatório**

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho realizado sob a orientação do  
**Professor Doutor José Manuel Osório**

Outubro de 2010

## DECLARAÇÃO

Nome: José Augusto Pereira Gomes

Endereço electrónico: [japgomes@iol.pt](mailto:japgomes@iol.pt)

Telefone: 917566760

Número do Bilhete de Identidade: 9034415

Título tese: Percurso para a avaliação da qualidade no bloco operatório

Orientador: Professor Doutor José Manuel Osório

Ano de conclusão: 2010

Designação do Mestrado: 1º Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TESE/TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, Outubro de 2010

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Dr. José Manuel Osório, orientador desta investigação, pelo apoio, disponibilidade e estímulo que foi incutindo para o aprimoramento constante do estudo.

À Prof. Dra. Maria Manuela Martins, amiga e conselheira, presente nos momentos cruciais do percurso desta jornada.

À Direcção da Unidade Hospitalar, que tornou possível a concretização do estudo.

Aos participantes, que tiveram a amabilidade de partilhar connosco as suas ideias.

À Carla, ela sabe porquê,

E aos nossos filhos, pelo tempo que lhes retirei e que muito significam para mim.

A todos aqueles, que de alguma forma, me acompanharam, ajudaram e contribuíram para a consecução deste percurso.



# **PERCURSO PARA A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NO BLOCO OPERATÓRIO**

## **RESUMO**

A crise económica que se vive actualmente em Portugal e os gastos exacerbados no sector da saúde, vieram reacender a discussão pública na área da saúde acerca da implementação de modernas técnicas de gestão, assim como, a criação e utilização de instrumentos de medida da qualidade, com vista a imprimir eficiência, eficácia e rigor na gestão dos recursos e atender às necessidades dos utentes e dos profissionais de saúde.

Já em 1966, Donabedian introduziu pela primeira vez um modelo de avaliação da qualidade em saúde assente em três pilares essenciais: estrutura, processo e resultado. Este modelo é, ainda hoje, uma referência na avaliação da qualidade em saúde, utilizado por diversas organizações. A própria OMS (2009) propõe a criação e utilização de indicadores de qualidade baseados na tríade do modelo de Donabedian.

O estudo realizado consistiu num estudo de campo de natureza qualitativa, efectuado numa Instituição Hospitalar Pública do Norte de Portugal, através da realização de dezoito entrevistas semi-estruturadas a profissionais de saúde com actividades no bloco operatório desta unidade hospitalar. Conduzido de modo intencional, o estudo procurou salvaguardar as questões éticas e morais da investigação. A análise das entrevistas foi efectuada tendo por base a teoria de análise de conteúdo de Bardin (2004).

Este estudo estimula a discussão em torno da importância da avaliação da qualidade no bloco operatório, descrevendo factores que contribuem para a qualidade, realçando a necessidade de criação e aplicação de instrumentos de avaliação da qualidade e por fim destacar a influência do trabalho em equipa na prestação de cuidados de saúde no bloco operatório tendo por finalidade nuclear, a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde disponibilizados no bloco operatório, ao utente cirúrgico.

Os resultados apontam para a necessidade de introduzir medidas de melhoria da qualidade nas três grandes áreas do modelo de Donabedian, sobressaindo nas entrevistas, as melhorias a nível de estrutura e alguns instrumentos a nível de processo.

Da análise das narrativas dos entrevistados afluíram um grupo de elementos influentes na qualidade, que reputamos fundamentais para desenhar um instrumento de avaliação da qualidade no bloco operatório. Este instrumento foi construído mas não foi testado, por isso, propomos que seja avaliado e testado em futuras investigações.



## **PATHWAY TO ASSESSING QUALITY IN THE OPERATING ROOM**

### **ABSTRACT**

The economic crisis that we currently live in Portugal coupled with the exacerbated in the health sector, have rekindled public debate on the implementation of modern management techniques in healthcare, as well as the creation of instruments for measuring quality, to promote efficiency, effectiveness and accuracy in managing the resource needs of users and health professionals themselves.

In 1966, Donabedian first introduced a model of quality assessment in health based on three pillars, structure, process and outcome. This model, even today, is a reference in the assessment of health quality, used by various organizations. The WHO itself proposes the creation and use of quality indicators based on the triad model of Donabedian.

The present study consisted of a field study, of qualitative nature, conducted at the public hospital in northern Portugal. Eighteen semi-structured interviews were conducted with health professionals in the operating activities of the hospital. All interviews were administered safeguarding ethical issues. The data analysis was performed based on the theory content analysis of Bardin (2004).

Results indicate the need to introduce measures to improve quality in three major areas of the Donabedian model, excelling in interviews, especially the improvements in structure and some tools to process level.

This study stimulates discussion around the importance of quality assessment in the operating room. We have sought to explore factors that contribute to quality, emphasizing the need for the creation and implementation of quality assessment tools, and highlighting the importance of partnerships in the provision of professional health care in the operating room, having a nuclear purpose, the continuous improvement of quality of health services available in the operating room, to the patient.

The narratives of respondents touched up a group of influential elements as being fundamental to design an instrument for assessing quality in the operating room. This instrument was built but untested, so we propose its evaluation and testing in future research.





## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO</b>	1
1.1. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	2
1.2. ESTRUTURA DO TRABALHO	5
 <b>CAPÍTULO 2. A EVOLUÇÃO DA QUALIDADE</b>	 7
2.1. PRECURSORES DA QUALIDADE	10
2.2. RUMANDO PARA UMA CULTURA DE EXCELÊNCIA	16
2.3. O MODELO DE EXCELÊNCIA	19
2.4. AS NORMAS ISO	22
 <b>CAPÍTULO 3. A QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	 27
3.1. OS SISTEMAS DE MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE	31
3.2. O ESTADO DA ARTE NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NO BLOCO OPERATÓRIO	51
3.2.1. As orientações da OMS para a segurança cirúrgica	59
 <b>CAPÍTULO 4. O BLOCO OPERATÓRIO COMO LOCAL DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE</b>	 67
4.1. ISOLAMENTO E CIRCUITOS NO BLOCO OPERATÓRIO	68
4.2. ARQUITECTURA DO BLOCO OPERATÓRIO	70
4.3. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E RECURSOS HUMANOS	75
 <b>CAPÍTULO 5. METODOLOGIA</b>	 83
5.1. DO UNIVERSO AOS PARTICIPANTES NA PESQUISA	85
5.2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	88
5.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	90
5.4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	91
 <b>CAPÍTULO 6. APRESENTAÇÃO DOS DADOS</b>	 93
6.1. ESTRUTURA	93

6.2. PROCESSO .....	115
6.3. RESULTADO .....	133
<b>CAPÍTULO 7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>147</b>
<b>CAPÍTULO 8. CONCLUSÃO .....</b>	<b>165</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>169</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>175</b>
ANEXO A – “Checklist” da Organização Mundial de Saúde .....	177
ANEXO B – Guião da entrevista .....	181
ANEXO C – Pedido de autorização ao CHPVVC para a realização do estudo .....	189
ANEXO D - Pedido de autorização para referenciar o nome do CHPVVC no estudo .....	193

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Ciclo PDCA de Deming .....	12
Figura 2. Modelo de excelência da EFQM .....	22
Figura 3. Modelo de um SGQ preconizado pelas normas ISO 9001:2000 .....	23
Figura 4. Componentes da qualidade nos cuidados de saúde .....	34
Figura 5. A efectividade dos cuidados de saúde .....	35
Figura 6. Aspectos essenciais da tríade de Donabedian para a avaliação da qualidade ....	37
Figura 7. Relação entre estrutura, processo e resultado .....	42
Figura 8. Desempenho cirúrgico .....	54
Figura 9. Síntese da divisão da estrutura em categorias e sub-categorias .....	115
Figura 10. Síntese da divisão do processo em categorias e sub-categorias .....	133
Figura 11. Síntese da divisão do resultado em categorias e sub-categorias .....	144
Figura 12. Síntese dos dados obtidos nas entrevistas .....	145
Figura 13. Categorias da estrutura emergidas das narrativas .....	148
Figura 14. Categorias do processo emergidas das narrativas .....	152
Figura 15. Categorias do resultado emergidas das narrativas .....	155
Figura 16. Proposta de instrumento de avaliação da qualidade no BO .....	164



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Perspectiva do desenvolvimento da qualidade .....	7
Quadro 2. Evolução histórica do conceito da qualidade .....	8
Quadro 3. Critérios de excelência segundo a EFQM .....	21
Quadro 4. Ganhos internos e externos da qualidade .....	32
Quadro 5. Classificação de resultados segundo Donabedian .....	40
Quadro 6. Resumo dos factos da segurança cirúrgica .....	52
Quadro 7. Factores que influenciam a prática clínica .....	56
Quadro 8. Principais características do “perfil de operação” .....	57
Quadro 9. Objectivos basilares para todos os procedimentos cirúrgicos .....	65
Quadro 10. Constituição do grupo de informantes .....	86
Quadro 11. Instalações do BO .....	97
Quadro 12. Equipamentos no BO .....	100
Quadro 13. Recursos financeiros no BO .....	104
Quadro 14. Recursos Humanos no BO .....	108
Quadro 15. Recursos organizacionais no BO .....	112
Quadro 16. Trabalho em equipa .....	119
Quadro 17. Comunicação .....	122
Quadro 18. Potencial humano .....	125
Quadro 19. Estratégias de qualidade nos processos .....	129
Quadro 20. O papel do utente e da família .....	132
Quadro 21. Ganhos em saúde .....	137
Quadro 22. Estratégias para avaliar os resultados .....	139
Quadro 23. Estratégias de avaliação dos processos .....	141
Quadro 24. Ferramentas de avaliação de recursos humanos .....	143



## LISTA DE SIGLAS

AESOP	Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses
APCER	Associação Portuguesa de Certificação
BO	Bloco Operatório
CHPVVC	Centro Hospitalar Povoia de Varzim Vila do Conde
EFQM	European Foundation for Quality Management
EPE	Entidade Publica Empresarial
GQT	Gestão da Qualidade Total
GRH	Gestão de Recursos Humanos
ISO	International Organisation for Standardisation
MCQ	Melhoria Continua da Qualidade
NOTECHS	Oxford Non-Technical Skills
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDCA	Plan Do Chec Act
RH	Recursos Humanos
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
SPC	Controlo Estatístico de Processos
WHO	World Health Organization
UCPA	Unidade de Cuidados Pós Anestésicos
UPS	Sistema de Alimentação Ininterrupto





## CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO

A introdução de modernas técnicas e modelos de gestão e o recurso a novos instrumentos e métodos de avaliação dos serviços de saúde com o objectivo de imprimir eficiência, eficácia e rigor na gestão dos recursos, assim como corresponder às expectativas dos utentes, exige responsabilidades acrescidas aos profissionais dos serviços de saúde como vem sendo ampla e continuamente reconhecido.

Por outro lado, também vem sendo comumente aceite que a inovação tecnológica associada a uma visão tecnicista das práticas profissionais traduz-se também nos serviços de saúde. Embora estes avanços tecnológicos signifiquem progresso, podem no entanto, induzir efeitos indesejados e danos com maior ou menor gravidade na saúde do utente quando não são devidamente monitorizados, por isso, a qualidade dos serviços de saúde é um conceito essencial nos dias de hoje, e constitui um imperativo técnico e social (Maia, Freitas, Guilhem & Azevedo, 2008).

Na antiguidade já se identificavam alguns aspectos que actualmente estão associados à qualidade, no entanto, a qualidade como conceito só surgiu na década de 50 com Juran e Deming (Pinto & Soares, 2009). Os primeiros estudos foram desenvolvidos para o sector da indústria, mais tarde, porém, deixou de ser uma preocupação exclusiva deste sector de actividade e passou a ser uma prioridade para todas as organizações, inclusive as da saúde, que procuravam o desenvolvimento e uma saída para os problemas crónicos com que se debatiam (Mezomo, 2001)

No âmbito do 1º Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde, da Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho, Unidade Curricular dissertação/projecto, pretendemos efectuar um estudo exploratório sobre a qualidade no Bloco Operatório (BO) de uma Instituição Hospitalar Pública do Norte de Portugal.

Com este estudo, para além do interesse em desenvolver competências e conhecimentos conceptuais na área da gestão da qualidade em saúde, também temos a aspiração de efectuar um percurso para avaliar a qualidade do desempenho no bloco operatório, descrever as deficiências e contribuir para a implementação de um sistema de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados ao utente.

O desenvolvimento deste trabalho orienta-se no sentido de obter respostas à questão: *“Que aspectos são necessários integrar para avaliar a qualidade num bloco operatório?”*

tendo por referência o estado actual da arte, na avaliação da qualidade em serviços de saúde, mais concretamente no bloco operatório.

### 1.1. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010, publicado pela Direcção Geral da Saúde (2004) na avaliação acerca da actual situação da qualidade da prestação de serviços de saúde, identifica:

- (i) uma escassa cultura de qualidade, acompanhada de um défice organizacional dos serviços,
- (ii) carência de indicadores de desempenho e de apoio à decisão e
- (iii) insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica nos prestadores de serviços de saúde nacionais.

Com a intenção de reduzir as limitações detectadas, o plano aponta como orientações estratégicas e intervenções necessárias à melhoria da qualidade da prestação dos cuidados de saúde e à melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde, a promoção de medidas de implementação de programas de saúde, a aposta na acreditação dos hospitais, a formação de auditores na área da qualidade e o esforço na qualidade da gestão baseada nos princípios da qualidade total. O plano recomenda também a efectivação de avaliações sustentadas da satisfação dos utentes e profissionais dos serviços de saúde para melhorar os indicadores de desempenho e de apoio à decisão, assim como a dinamização e apoio ao desenvolvimento de normas de orientação clínica para as profissões técnicas de vocação assistencial e a abordagem explícita da problemática do erro médico.

Neste enquadramento, a Instituição Hospitalar em estudo contratualizou com a Administração Regional de Saúde do Norte o contrato-programa para o triénio 2007-2009, destacando-se no âmbito da prestação de serviços e cuidados de saúde, no que se refere à qualidade dos serviços, o dever de assegurar elevados parâmetros de qualidade dos serviços de saúde prestados, quer no que respeita aos meios e processos utilizados bem como aos resultados. Para isso, nos termos do referido contrato programa (Centro Hospitalar Povia de Varzim Vila do Conde [CHPVVC], 2007) a Instituição Hospitalar aceitou:

- (i) Aderir a um sistema de gestão da qualidade,
- (ii) Implementar um programa de monitorização e avaliação de indicadores de resultados,

- (iii) Promover inquéritos de satisfação dos utentes,
- (iv) Aderir a um processo de acreditação e
- (v) Estabelecer normas e procedimentos para a prática clínica.

No Plano Estratégico da Instituição em estudo, desenharam-se para o período 2008-2011, orientações para obter a transformação da natureza jurídica da Instituição Hospitalar em Entidade Publica Empresarial (EPE), alcançada em Agosto de 2008, e de acordo com a sua declaração de missão “prestar cuidados de saúde de qualidade à população da sua área de influência, assegurando, em simultâneo, o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de eficiência e eficácia” (CHPVVC, 2008, p. 35), é referido que o Centro Hospitalar desenvolverá esforços para que o seu percurso ocorra numa óptica de Qualidade Total, suportado por uma busca contínua de maior eficácia organizacional.

No que respeita à qualidade, protecção do ambiente e segurança, está estabelecido no referido Plano Estratégico (CHPVVC, 2008), assegurar elevados níveis de qualidade e para isso, desenvolver esforços para:

- (i) Aderir a um Sistema de Gestão da Qualidade para que as acções de melhoria contínua possam ser implementadas e monitorizadas através de indicadores a nível de estrutura, processo e resultados.
- (ii) Dar continuidade ao projecto em curso do senso, “5 Ss”. Conhecido como, uma metodologia da qualidade baseada em cinco palavras japonesas: Seiri (selecção), Seiton (Ordenação), Seiso (Limpeza), Seiketsu (padronização) e Shitsuke (disciplina).
- (iii) Aderir ao projecto de implementação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem preconizado pela Ordem dos Enfermeiros.
- (iv) Elaborar Manuais de Procedimentos e de Gestão de Risco que sirvam de base a Manuais de Boas Práticas ou de Qualidade a implementar nos diferentes serviços da Instituição.

De acordo com o que vem sido referido, o Conselho de Administração da Instituição Hospitalar onde se desenvolveu o estudo demonstra estar empenhado em implementar políticas de qualidade que promovam o desenvolvimento de um sistema de gestão da qualidade que viabilize a sua melhoria contínua reconhecendo que a melhoria da qualidade dos serviços prestados, também passa pela implementação de Manuais da Qualidade em todos os serviços, como demonstra por um lado, a aprovação dos Manuais da Qualidade na Unidade da Cirurgia do Ambulatório e no Serviço Farmacêutico, e por outro, o incentivo e apoio à adequação e implementação dos Manuais da Qualidade nos outros serviços da Instituição.

Segundo Vicent, Moorthy, Sarker, Chang e Darzi (2004), além dos factores de risco patológico e fisiológico do paciente e das habilidades técnicas do cirurgião, o resultado da cirurgia é também dependente da qualidade do cuidado prestado por todos os profissionais de saúde durante a estadia do paciente no hospital. Ainda no mesmo sentido, aqueles autores não deixam de referir que, o resultado cirúrgico também é influenciado por factores como a concepção e utilização de equipamento, a comunicação, a coordenação da equipa, os factores que determinam o comportamento individual dos profissionais de saúde e o próprio ambiente de trabalho, assim como, a utilização de processos de conferência e listas de verificação.

Numa linha algo semelhante, Mishra, Catchpole e McCulloch (2009), destacam que a frequência dos eventos adversos na sala de operações está associada à qualidade do trabalho em equipa e à comunicação, logo, é necessário estudar e analisar todos os aspectos do sistema que compreende uma operação cirúrgica

Por outro lado, Vicente *et al* (2004), mencionam que aproximadamente 10% dos pacientes admitidos no hospital sofrem algum tipo de dano dentro do hospital e apesar da maioria destes eventos adversos ser de baixa gravidade alguns levam a ferimentos graves e até mesmo à morte. Uma percentagem significativa destes eventos adversos está relacionada com o procedimento cirúrgico e cerca de metade deles poderiam ser evitáveis. De referir também que muitos dos eventos adversos, classificados como operacionais são devidos a problemas na gestão de serviço e não tanto a ocorrências verificadas no âmbito dos cuidados no intra-operatório.

Segundo a própria Organização Mundial de Saúde (OMS), nos países industrializados, os estudos sugerem que a taxa de maiores complicações após a cirurgia são relatados na ordem dos 3-22% dos procedimentos cirúrgicos com internamento e a taxa de mortalidade ocorre em cerca de 0,4-0,8%. De referir que, mais de metade dos eventos adversos que afectam todos os pacientes internados são reconhecidos como sendo evitáveis ocorrendo, pelo menos metade, durante o atendimento cirúrgico (World Health Organization [WHO], 2009).

Segundo Vicent *et al* (2004), os principais factores determinantes para a qualidade e a segurança de cuidados são: o contexto institucional, a organização e a gestão, os factores do paciente, os factores associados à tarefa, os factores individuais dos profissionais de saúde, o funcionamento da equipa e o ambiente de trabalho, ou seja, o resultado dos cuidados será influenciado pelos aspectos estruturais do sistema (pessoal, ambiente, infra-estrutura) e do processo (os procedimentos efectuados e a qualidade dos cuidados dispensados).

Neste contexto emerge a necessidade de realizar um estudo que abrace “O percurso para avaliação da qualidade no Bloco Operatório”, abrindo a porta para a implementação de um

sistema de Gestão da Qualidade e implementação da Acreditação, considerando deste modo o papel da qualidade como motor do processo de mudança, para uma aprendizagem permanente e melhoria contínua dos cuidados de saúde no BO, visando alcançar os seguintes objectivos:

- (i) Identificar factores que contribuam para garantir a qualidade dos cuidados de saúde no BO.
- (ii) Descrever instrumentos utilizados para controlar a qualidade dos serviços no BO.
- (iii) Analisar a constituição de parcerias profissionais para prestação de cuidados no BO.
- (iv) Conceber um caminho para a criação de um instrumento de avaliação da qualidade no BO.

Em síntese, pretendemos com este estudo abrir o caminho para avaliar a qualidade do desempenho no BO do CHPVVC, no sentido de implementar um sistema de Gestão da Qualidade e por fim desenhar um instrumento de avaliação da qualidade no BO.

## 1.2. ESTRUTURA DO TRABALHO

Este trabalho está organizado em sete capítulos. No capítulo 1 é feita a apresentação e contextualização do estudo, justificando a importância da sua realização e definem-se os objectivos do mesmo.

Os capítulos 2,3 e 4 são dedicados ao enquadramento teórico-conceptual que serve de referência ao trabalho empírico. Nestes capítulos fazemos uma revisão da literatura, analisando a contribuição de diversos autores e de algumas organizações no âmbito da saúde e da qualidade.

Assim, no capítulo 2, procura-se abordar a evolução da qualidade fazendo referência a alguns precursores da qualidade, à busca da gestão da qualidade fazendo uma breve alusão às normas da Internacional Organization for Sandardisation (ISO) e ao modelo de excelência da European Fundation for Quality Management (EFQM). No capítulo 3, aprofundamos as temáticas do âmbito da qualidade em serviços de saúde, fazendo uma incursão aos serviços, à qualidade, à avaliação da qualidade, a indicadores para avaliação da qualidade e o que diversos autores expressam nesta área de estudo, focando em particular o modelo de Donabedian para a avaliação da qualidade, ou seja, estrutura, processo e resultados. Faz-se também uma incursão ao estado da arte na avaliação da qualidade no bloco operatório e às orientações da OMS para a segurança cirúrgica. No capítulo 4, caracteriza-se o bloco

operatório como local de prestação de cuidados de saúde, fazendo referência às recomendações de alguns autores e de alguns organismos para a organização, arquitectura e funcionamento de um bloco operatório.

No capítulo 5, apresenta-se o modelo de pesquisa adoptado para a realização deste trabalho. Neste capítulo apresentamos o universo dos participantes nas entrevistas, fazemos referência à construção do instrumento de recolha de dados, explanamos algumas considerações éticas e explicamos a forma como foi efectuada a análise e interpretação dos dados da entrevista.

No capítulo 6, descrevemos os resultados obtidos da análise de conteúdo das entrevistas pelas três grandes divisões do modelo de Donabedian.

No capítulo 7, fazemos a discussão dos resultados tendo por base o conteúdo que emergiu do discurso dos participantes.

No oitavo e último capítulo apresentamos as conclusões do estudo. Neste capítulo fazemos referência aos aspectos que consideramos mais relevantes e que se destacaram no estudo, assim como, sugerimos algumas orientações para futuros trabalhos neste domínio do conhecimento.

Para terminar descreve-se a lista de bibliografia utilizada e alguns anexos de documentos relevantes para a realização do estudo.

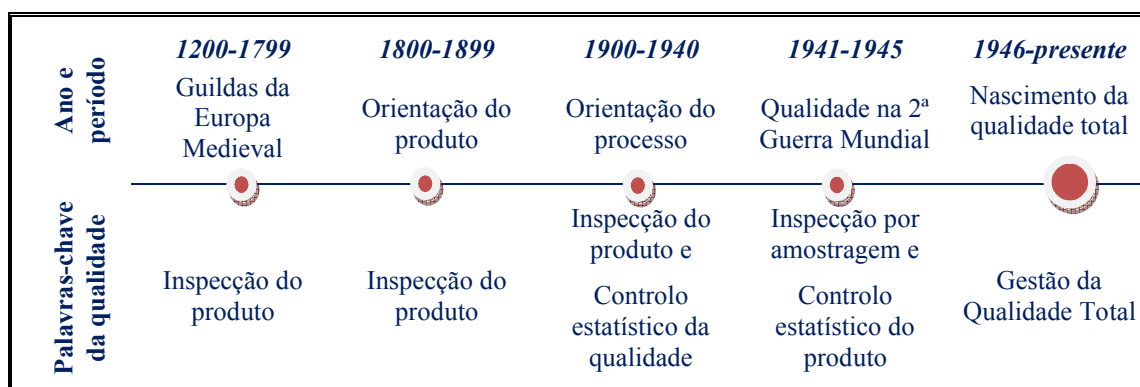
## CAPÍTULO 2. A EVOLUÇÃO DA QUALIDADE

A gestão da qualidade já percorreu um longo caminho até chegar aos dias de hoje, por isso, a história da qualidade pode ser narrada de diversas formas. A literatura vem evidenciando que “o conceito ou a filosofia da qualidade existe desde há muito, apenas divergindo quanto ao seu início” (António & Teixeira, 2007, p. 19). Alguns autores dizem que o conceito é conhecido há milhares de anos, enquanto outros referem que terá surgido, apenas, há algumas centenas de anos.

No entanto, desde a antiguidade que se identificam alguns aspectos que, nos dias de hoje, são associados à qualidade como as práticas de planeamento, organização e controlo utilizadas pelos Sumérios, Egípcios, Chineses e Babilónios e a centralização de sistemas de controlo e comunicações utilizados pelos Romanos (Pinto & Soares, 2009).

Também, no período onde predominava a produção artesanal, os mestres artesões detinham ao seu serviço aprendizes e a observação do aprendiz pelo mestre consistia no principal instrumento de controlo da qualidade, cujo objectivo era prevenir falhas no processo de produção (Júnior & Vieira, 2002)

Segundo António e Teixeira (2007), as preocupações com a qualidade entre o período de 1200-1799, para as corporações artesanais, estava centrada na inspecção do produto. Mais tarde, nas décadas de 1900-1940, avançou para uma perspectiva de orientação do processo, ou seja, para a inspecção do produto e controlo estatístico da qualidade. Depois, no período da 2ª Guerra Mundial, a qualidade incidiu na inspecção por amostragem e controlo estatístico do produto, tendo evoluído a seguir à 2ª Guerra Mundial, a partir de 1946 até ao período actual, para a qualidade total, conforme ilustrado no quadro 1.



Quadro 1. Perspectiva do desenvolvimento da qualidade (adaptado de António & Teixeira, 2007, p. 19)



Por sua vez, Cabral *et al* (2001), citado por Lopes e Capricho (2007) esboçam de uma forma mais pormenorizada e perceptível a evolução histórica do conceito da qualidade, conforme demonstrado no quadro 2.

Anos	Fases	Características	Metodologias
« 30	Inspeção	Inspeção do produto final	Controlo visual, medição e comparação para verificar a conformidade
30-50	Controlo	Controlo da qualidade	Utilização de ferramentas específicas para controlar a qualidade do produto (fluxogramas, diagramas, gráfico de Pareto, ...)
50-80	Garantia	Controlo total da qualidade	Para assegurar o controlo total dos produtos/serviços em todas as suas fases e a qualidade dos sistemas organizacionais utilizam-se círculos de qualidade, normas ISO, auditorias, análise modal de falhas ...
80-00	Gestão	Gestão da qualidade total	Utilização de forma sistemática em toda a empresa de modelos e ferramentas como Benchmarking, Empowerment, modelos de excelência, manutenção preventiva, etc., Uso de ferramentas informáticas. Os padrões de desempenho já são entendidos de forma dinâmica e têm em conta o feedback da medição do índice de satisfação do consumidor
» 00	Sustentabilidade	Qualidade como suporte que garante o sucesso económico, social e ambiental que permite atingir a Excelência e o desenvolvimento sustentável	As organizações estabelecem parcerias a nível económico, social, ambiental, como uma forma de melhorar continuamente a sua performance nos diferentes níveis. Promovem tanto internamente como em toda a sua envolvente os valores da qualidade e da preservação do ambiente natural e social. Desenvolvem estratégias de forma a obter vantagens competitivas, consolidando uma imagem de qualidade, responsabilidade, credibilidade e prestígio de forma a garantir a sua integração social e a sua sustentabilidade económica, social e ambiental a longo prazo. Procuram satisfazer todos os stakeholders, utilizando o modelo da empresa “Excelente”, a aprendizagem e a inovação permanente, assim como as novas tecnologias da informação e comunicação

Quadro 2. Evolução histórica do conceito da qualidade (adaptado de Cabral *et al*, 2001, citado por Lopes & Capricho, 2007, p. 45)

Para António e Teixeira (2007), na história da qualidade há dois marcos importantes pela forma como a qualidade passou a ser encarada:

- (i) A revolução industrial que constitui uma viragem drástica nas organizações e na sociedade. As populações rurais migraram para as cidades e o esquema de trabalho tradicional onde o trabalhador executava a totalidade das tarefas de produção, deu lugar a um esquema de produção em massa, onde os componentes são intermutáveis, o trabalhador tem a incumbência de realizar apenas um componente do produto e é considerado apenas um elemento da cadeia de produção.
- (ii) A importância que o sector dos serviços vem assumindo na sociedade. Dentro deste sector são destacadas as actividades não comerciais, nomeadamente a importância crescente do sector do ensino e do sector da saúde.

A noção da qualidade, segundo os mesmos autores, é algo inerente ao ser humano, presente nos actos mais banais do dia-a-dia, como o simples facto de ir ao mercado comprar maçãs, apalpando-as e escolhendo as melhores. Neste sentido e considerando a finalidade do produto, as maçãs podem ser para consumo próprio ou para alimentar animais, o conceito que o consumidor atribui à qualidade está associado às necessidades e desejos que o produto satisfaz ou procura satisfazer.

No século passado o conceito da qualidade sofreu uma remodelação, surgiu uma nova perspectiva de encarar a gestão das organizações onde persistia a condução e salvaguarda dos processos por um grupo restrito, considerado de elite, de gestores, engenheiros e especialistas de marketing e passou a ser disseminado a todos os níveis da organização. “A garantia da qualidade passou a ter como foco a prevenção e o cliente, deixando de estar centrada na inspecção” (António & Teixeira, 2007, p. 22)

Ainda, segundo os mesmos autores, o conceito moderno de controlo da qualidade está associado à década de 30, desenvolvido por Shewhart com a aplicação da carta de controlo na produção industrial, que por sua vez, foi de forma implícita, a matriz teórica para os seus seguidores, nomeadamente para o desenvolvimento de uma nova e mais abrangente matriz desenvolvida por Deming, que veio a ser considerada como o novo paradigma da gestão.

Segundo, Júnior e Vieira (2002), o decorrer da 2ª guerra mundial veio exigir elevados níveis de qualidade e confiança nos armamentos e a necessidade de maior volume de produção. Isto implicou maior rapidez na produção e menor tempo disponível para a inspecção do produto final, levando à consolidação da inspecção por amostragem e controlo estatístico, possibilitando maior produtividade e qualidade do produto.

Nos anos seguintes, década de 50 e 60, impulsionado principalmente pela necessidade de reconstrução da economia Japonesa no pós-guerra, desenvolveram-se elementos básicos no processo de evolução e gestão da qualidade como a “Quantificação dos Custos da Qualidade”, o “Controle Total da Qualidade” e o “Programa de Zero Defeito”. Dando-se início à era da garantia da qualidade cujo principal objectivo era prevenir problemas. Neste sentido Deming, Juran e Feigenbaum desenvolveram grandes esforços a incrementar práticas de gestão viradas para a qualidade nas organizações japonesas (Júnior & Vieira, 2002).

Mais tarde, deu-se um salto importante na procura da qualidade devido às preocupações com os custos de produção e pela introdução no mercado do conceito de satisfação do cliente. Assim, as empresas embrenhadas num clima de concorrência de mercado, exigências acrescidas dos consumidores cada vez mais protegidos por leis de defesa do consumidor e pela necessidade de reduzir os custos de produção, produzindo mais e melhor, desenvolvem uma nova abordagem dos programas da qualidade. A qualidade emerge como o factor diferencial de sucesso das empresas, uma vez que a competitividade é elevada e o nível de inovação tecnológico é similar. (Júnior & Vieira, 2002)

Actualmente, a qualidade é um objectivo fundamental para a gestão de topo das empresas, esta é encarada como um conjunto de atributos que num mercado fortemente competitivo são essenciais à sobrevivência das organizações modernas, esta é o objecto da gestão estratégica, elaboração de objectivos, planeamento e mobilização de toda a organização, comportando também a responsabilidade social com o ambiente externo. (Garvin, 1992, citado por Júnior & Vieira, 2002)

## 2.1. PRECURSORES DA QUALIDADE

Os peritos na área da qualidade são muitos, no entanto, a maior parte dos programas de qualidade actualmente existentes resultam das ideias de um grupo muito restrito de líderes que introduziram termos nos locais de trabalho como “Controlo da Qualidade”, “Melhoria Total da Qualidade”, “Custo da Qualidade” e “Controlo Estatístico do Processo de Produção” dos quais destacamos Shewhart, Deming, Juran, Feigenbaum, Crosby e Ishikawa (António, 1991).

Cada um destes precursores da qualidade vai ser abordado individualmente a seguir.

### ***Shewhart***

Shewhart, nasceu nos EUA, tendo efectuado o doutoramento em física, vindo mais tarde a ser conhecido como o “autor do controlo estatístico dos processos (SPC)” (Lopes e Capricho, 2007, p. 47)

Este perito da qualidade veio afirmar que é necessário definir limites de controlo inerentes ao processo e disse que as causas da variabilidade se deviam a causas comuns e a causas especiais. Neste sentido define causas comuns como aquelas que são aleatórios e estão sempre presentes no processo produtivo, que embora sejam em grande número, cada uma delas contribui apenas com uma variação relativamente pequena. As causas especiais são todas aquelas que ultrapassem os limites do controlo produtivo, sendo em número reduzido e provocando uma grande variação. Neste sentido para Shewhart “poderíamos considerar os processos como estando num estado de controlo estatístico quando neles estivessem apenas presentes causas comuns, passando para um estado de fora de controlo sempre que se registasse a presença de uma ou mais causas assinaláveis.” (António & Teixeira, 2007, p. 48)

### ***Deming***

Deming nasceu em 1900 e doutorou-se em física em 1928 na Universidade de Yale nos EUA, (António & Teixeira, 2007), tendo sido mais tarde recrutado para preparar os censos de 1951 no Japão. Ficou reconhecido por ajudar os japoneses a implementar a Gestão da Qualidade Total (GQT) para a reconstrução da economia do Japão após a 2ª Guerra Mundial (Asubonteng, McCleary & Munchus, 1996) e “o seu contributo foi fundamental para que este país se tornasse na potência económica que hoje é.” (António, 1991, p. 95)

A qualidade no modelo de Deming é uma jornada descrita como um “ciclo interminável de melhoria contínua” (Asubonteng *et al*, 1996). Deming no seu modelo, que desenvolve a partir dos trabalhos do seu mentor Shewhart, enfatiza a necessidade de usar o controlo estatístico dos processos de produção para identificar e reduzir a variação, “Deming coloca a ênfase no controlo estatístico das variações do processo e nas falhas do sistema” (Lopes & Capricho, 2007, p. 47), e a abordagem do seu modelo determina a “utilização dos métodos estatísticos de controlo da qualidade, de uma visão sistémica e de liderança” (Silva, Varanda & Nóbrega, 2004, p. 39). Ele advoga, segundo António (1991, p. 96), “a formação continua no local de trabalho, em especial em técnicas estatísticas, aconselhando o SPC, a utilização de cartas de controlo para registar as variações em torno de um processo de produção ideal e determinar a melhor forma de corrigir as variações.”

Ele acreditava que uma empresa seria melhor servida quando o seu desenvolvimento se baseava no relacionamento a longo prazo com um número reduzido de fornecedores em vez de mudar frequentemente de fornecedor. Para Deming este relacionamento a longo prazo faz do fornecedor um parceiro de custos reduzidos e traz melhores resultados de serviço tanto para o fornecedor como para a empresa. Uma outra característica do modelo de Deming é a “reacção em cadeia”, ou seja, melhorando a qualidade através da melhoria de processos leva a uma redução do desperdício, de atrasos, da repetição de trabalho e de resíduos. Como resultado desta reacção em cadeia aumenta a produtividade e melhora a qualidade. (Asubonteng *et al*, 1996)

Deming na sua filosofia de qualidade considera uma sucessão de ciclos cujo início é a concepção do produto (design), a sua produção, a venda e a pesquisa de mercado, iniciando-se de seguida um outro ciclo com a análise e revisão da concepção do produto baseando-se na experiência adquirida no ciclo anterior. (António & Teixeira, 2007)

Neste sentido, a qualidade é estudada e melhorada continuamente considerando a aprendizagem como um processo progressivo. Aqui o ciclo de Deming, também conhecido por ciclo PDCA (“Plan, Do, Check, Act”), surge representado como uma “abordagem quantitativa e sistemática para a identificação de problemas” (António & Teixeira, 2007, p. 72).

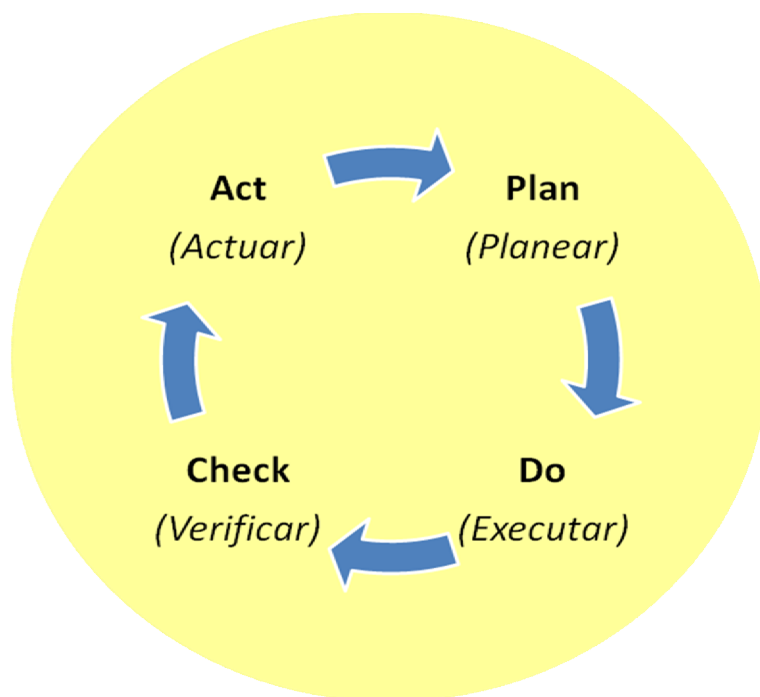


Figura 1. Ciclo PDCA de Deming (adaptado de António & Teixeira, 2007, p. 75)

O planejar (Plan) deve ser a primeira etapa para qualquer melhoria, para isso é necessário recolher dados e processá-los para depois efectuar o estudo e análise da informação obtida. Numa segunda fase após a informação obtida pelo planeamento deve ser formulado um plano de acção e proceder à sua implementação (Do) para melhorar o desempenho. Na terceira fase é necessário verificar (Check) a eficácia da implementação do plano através do controlo estatístico, controlo da sua operacionalização e avaliar se produziu as melhorias pretendidas. Na última fase, após avaliar se a mudança foi positiva ou negativa, é necessário actuar (Act) consolidando a melhoria produzida ou retirando daí os ensinamentos se foi mal sucedida. Após terminar o ciclo reinicia-se outro ciclo PDCA e assim sucessivamente, implicando questionar continuamente todas as operações, orientando a empresa pelo caminho da melhoria contínua (Lopes & Capricho, 2007).

### ***Juran***

Juran era de origem Romena, tendo emigrado para os EUA, onde se naturalizou e formou-se em Engenharia Eléctrica pela Universidade de Minnesota, trabalhou na empresa eléctrica, Western Electric, e em 1945 estabeleceu-se como consultor da qualidade. Mais tarde, também como Deming, ensinou no Japão as suas metodologias da qualidade (Silva, *et al*, 2004).

Segundo Lopes e Capricho (2007, p. 48), a abordagem de Juran assenta no “controlo estatístico da qualidade e no controlo dos custos como parte integrante do sistema de gestão orçamental”, sendo a sua mensagem dirigida aos gestores e administradores das empresas no sentido de que “o controlo de qualidade faz parte integrante da gestão a todos os níveis, não estando reservado apenas para especialistas em controlo da qualidade”.

A qualidade segundo Juran é a aptidão para o uso (António & Teixeira, 2007 e Silva *et al*, 2004), ele vem dar “uma nova dimensão à qualidade onde os problemas deixam de ser de âmbito estritamente técnico, para fazerem parte da estratégia de negócios da empresa, devendo ser resolvidos ao nível da gestão de topo” (Lopes & Capricho, 2007, p. 48).

Para chegar à senda da qualidade, Juran propõe uma trilogia de três elementos: planeamento, controlo e melhoria contínua, entendendo a qualidade como sendo adaptável a todos os níveis funcionais, e todas as linhas de produtos (Asubonteng, *et al*, 1996).

O planeamento da qualidade é o primeiro passo, onde a empresa identifica as necessidades dos clientes internos e externos e desenvolve as actividades de processos e produtos. No segundo passo, controlo da qualidade, é executada a avaliação do estado actual

de desempenho com base nos objectivos definidos pela empresa, actuando sobre as diferenças, no sentido de manter o controlo do processo e alcançar os objectivos. No terceiro e último passo, a melhoria contínua da qualidade pressupõe o alcançar níveis de qualidade sem precedentes, para isso são formuladas estratégias onde são propostas, testadas e implementadas soluções (Silvia, *et al*, 2004 & Asubonteng, *et al*, 1996).

### ***Feigenbaum***

Feigenbaum nasceu nos EUA em 1922 e conclui o doutoramento em ciências em 1951 em Massachusetts (Branco, 2008). Foi responsável pela qualidade na empresa General Electric, escrevendo em 1954 o livro “Quality Control: principles, practices and administration”. Segundo ele a qualidade é encarada numa abordagem sistémica ou total e requer o envolvimento de todas as funções da empresa e não apenas da produção. Também para Feigenbaum as técnicas de estatística e as técnicas tradicionais de controlo e aferição continuam a ser necessárias mas, “um programa de qualidade deve preocupar-se também com o desenvolvimento do produto, com as vendas, com o serviço prestado ao cliente e não apenas com o controlo de produção” (António, 1991, p. 101).

A definição de qualidade para Feigenbaum incide numa perspectiva de valor, ou seja, “o melhor para utilização do consumidor, ao preço de venda justo” citado por António e Teixeira (2007, p. 56), considerando também, o controlo da qualidade, para além de uma questão técnica, um método de gestão.

### ***Crosby***

Crosby nasceu nos EUA em 1926. Foi vice-presidente da empresa ITT, onde foi responsável durante 14 anos pelas operações da qualidade a nível mundial (Branco, 2008).

Segundo Lopes e Capricho (2007, p. 50), Crosby apoia a sua filosofia da qualidade “na meta dos zero defeitos, conseguidos através de uma cultura de prevenção como forma de garantir a qualidade.” Ele defende que “a meta dos zero defeitos” é o objectivo final na senda da qualidade, sendo este um objectivo prático e exequível.

Para Crosby a qualidade é a “conformidade com os requisitos” (Lopes & Capricho, 2007, p. 50). Ele sustenta a filosofia de que a gestão da qualidade é essencialmente evitar que os erros aconteçam no processo de execução, de forma a corrigir atempadamente os problemas que poderiam vir a causar, ou seja ele defende uma cultura de prevenção dos defeitos como forma de garantir a qualidade.

Este autor também defende que a melhor forma de medir a qualidade é através do custo da qualidade, e segundo ele, a qualidade pode ser classificada em “preço da não conformidade” e “preço de conformidade”. Para ele o custo da não qualidade para uma organização pode ser tão elevado que pode atingir os 30% (Asubonteng, *et al*, 1996).

### ***Ishikawa***

Ishikawa nasceu no Japão em 1915, tendo-se licenciado em química aplicada pela Universidade de Tóquio (Branco, 2008). A sua vida está inseparavelmente ligada à história nipónica do movimento da qualidade e foi pioneiro neste país em algumas ferramentas da qualidade tais como os círculos da qualidade e o diagrama de causa e efeito (António & Teixeira, 2007).

Lopes e Capricho (2007, p. 48) dizem que Ishikawa assenta a sua filosofia de qualidade “no controlo de qualidade e na garantia da qualidade”. O objectivo elementar do controlo da qualidade consiste em satisfazer as necessidades dos consumidores e atender às suas exigências da qualidade, por sua vez, as empresas não se devem limitar a cumprir os padrões definidos porque estes podem não ser os correctos. Por seu lado, António e Teixeira (2007, p. 60), referem que para Ishikawa o controlo da qualidade é “conceber, produzir e fornecer um produto que seja simultaneamente mais económico, mais útil e que melhor satisfaça o consumidor.” Isto vai no sentido de que o aspecto mais importante do controlo da qualidade para afigura-se “na garantia da qualidade, isto é, fazer com que o cliente adquira um produto com toda a confiança e que o utilize durante um considerável período de tempo com satisfação” (António e Teixeira, 2007, p. 62).

Para Ishikawa o controlo de qualidade total e a garantia de qualidade são uma realidade quando promovem o desenvolvimento de novos produtos e envolvem toda a empresa incluindo os serviços subcontratados. A qualidade total é uma disciplina prática que tem o seu início com o controlo de qualidade e que o controlo da qualidade assenta nos círculos da qualidade (Lopes & Capricho, 2007).

Ishikawa é conhecido como o fundador dos círculos da qualidade implementados nas empresas japonesas. Estes círculos da qualidade eram formados por um pequeno grupo de trabalhadores, entre cinco a dez, que se juntavam periódica e voluntariamente no local de trabalho, dirigidos por um chefe ou um dos trabalhadores com o propósito de debaterem e integrarem as actividades de controlo de qualidade na empresa (António e Teixeira, 2007).

Segundo Lopes e Capricho (2007), para Ishikawa (1995) os grupos de controlo de qualidade funcionavam na base do auto desenvolvimento e no desenvolvimento dos seus



membros, em que todos participavam, controlando e melhorando a qualidade, na procura de novas soluções. Ainda, segundo os autores, os círculos da qualidade permitem aos seus membros a iniciativa e a criatividade autónoma, que é fundamental para facilitar a inovação individual no local de trabalho.

A principal missão dos círculos da qualidade segundo Juran citado por Silva *et al* (2004) consistia em melhorar as relações humanas no ambiente de trabalho revezando para segundo plano a melhoria da qualidade, no entanto Lopes & Capricho (2007) vão mais longe e dizem que os círculos da qualidade guiavam-se por objectivos como:

- (i) Contribuir para a melhoria e desenvolvimento da empresa.
- (ii) Construir um ambiente de trabalho saudável, baseado em princípios de respeito pelas relações humanas proporcionando satisfação aos trabalhadores no emprego.
- (iii) Atingir de forma plena as capacidade humanas dos trabalhadores.

Os membros dos círculos da qualidade “são treinados para utilizar um número de ferramentas e técnicas” (Lopes & Capricho, 2007, p. 62) na procura da melhoria da qualidade. Sempre que possível, os círculos de qualidade, implementavam eles próprios as soluções ou pressionavam a gestão no sentido de as implementar. Normalmente os círculos continuam intactos após cada solução implementada, ou seja “projecto após projecto” (Silva *et al*, 2004, p. 68).

## 2.2. RUMANDO PARA UMA CULTURA DE EXCELÊNCIA

A qualidade total, segundo Pires (2007, p. 46), pode ser encarada como “a cultura da empresa que permite fornecer produtos e serviços capazes de satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes.”

Já Mezomo (2001) aborda a qualidade total como um compromisso de todos os colaboradores em todos os níveis, para adequar a estrutura e os processos à satisfação dos clientes, tanto externos como internos, e à sua melhoria contínua.

Por sua vez, Lopes e Capricho (2007) dizem que a nova filosofia de Gestão da Qualidade Total (GQT), pressupõe que a qualidade seja encarada como um princípio básico e estratégico das empresas para uma aprendizagem contínua dos processos e técnicas e que a qualidade seja o principal objectivo de longo prazo, de seguida acrescentam que, segundo Bank (1998), “a filosofia da gestão da qualidade concentra-se na satisfação completa das

exigências do cliente, o que, sendo algo subjectivo, é facilmente aceite pelas empresas e pelas pessoas.” (Lopes & Capricho, 2007, p. 59).

Mas já em 1989, Morris citado por Sale (2000, p. 143) definia GQT como um “Sistema que assegura a qualidade em cada interface. É uma abordagem para promover a eficácia e a flexibilidade do serviço como um todo – uma forma de organizar e envolver a totalidade do serviço, cada autoridade, unidade, departamento, actividade, cada uma das pessoas em cada nível para garantir que as actividades estão organizadas tal como foi planeado, procurando-se o aperfeiçoamento contínuo no desempenho”

Um sistema de gestão da qualidade “compreenderá um conjunto de procedimentos organizacionais capazes de garantir que as actividades importantes para a qualidade decorrem de uma forma controlada” (Pires, 2007, p. 213). Por seu lado, Sale (2000), acrescenta que nos cuidados de saúde é necessário estabelecer normas que reflectam verdadeiramente a qualidade e que estas incluam os doentes e as respectivas famílias que são os clientes dos serviços prestados. Neste sentido, Pires (2007), refere que um sistema de gestão da qualidade prevê que sejam definidas as responsabilidades, a política e os objectivos, os canais de comunicação e as acções de seguimento.

Estas circunscrições são, segundo Pires (2007, p. 46), fundamentais para a empresa construir uma base primária do sistema de normas de relacionamento. Para isso, a empresa terá necessidade de institucionalizar um sistema de valores da qualidade total, tendo em atenção que a mudança “implica alterar significativamente, os mecanismos de trabalho e de resolução de problemas, privilegiando o trabalho pluridisciplinar de grupo e relações interpessoais.” Por seu lado, Sale (2000, p. 44), especifica que nos serviços de saúde, a atenção deixa de estar centrada em cada uma das profissões ou especialidades individualmente e converge na organização como um todo, assim como, “Os princípios e as estratégias da GQT incluem uma focalização no doente, o trabalho em equipa, o quebrar das barreiras profissionais e uma melhor gestão dos recursos.” Todos deverão assumir um compromisso, no sentido de melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestado ao doente e suas famílias.

No entanto, Pires (2007) explica que para incorporar nas organizações um sistema de gestão da qualidade total é indispensável implementar técnicas específicas de controlo e gestão da qualidade. Por isso, deverão ser introduzidas paulatinamente as ferramentas disponíveis e as técnicas mais adequadas às necessidades da empresa para não limitar a área de intervenção. E, Sale (2000, p. 47) acrescenta que um dos “aspectos-chave desta abordagem

consiste na monitorização das normas de serviço pela constante revisão dos elementos mais importantes”

Segundo Pires (2007), nas organizações onde estejam implementadas culturas de gestão da qualidade total podem-se verificar de uma forma simples, cinco grandes princípios basilares:

- (i) Existência de empenhamento da gestão de topo.
- (ii) Delineados objectivos de satisfação do cliente.
- (iii) Implementados processos de melhoria contínua.
- (iv) Toda a gente entende a qualidade como um problema de todos.
- (v) Empenho na gestão dos resultados económicos da qualidade.

Em que os benefícios que advêm da institucionalização de uma cultura da qualidade podem ser enumerados da seguinte forma:

- (i) Satisfação dos clientes externos.
- (ii) Satisfação dos clientes internos.
- (iii) Melhoria contínua nos produtos e processos.
- (iv) Eliminação dos desperdícios.
- (v) Comunicação efectiva.
- (vi) Atitude positiva da parte dos colaboradores.

No entanto, para se conseguir os benefícios de uma cultura de qualidade total, é necessário:

- (i) Que a consciência para os princípios da qualidade seja alargada a todos os níveis.
- (ii) Que as decisões sejam tomadas com base em factos.
- (iii) Que sejam usadas as técnicas adequadas.
- (iv) Que a seja feita a gestão por processos e dos processos.
- (v) Que sejam estabelecidas medidas de avaliação da qualidade total no geral e em particular dos seus métodos e suas técnicas.

A abordagem da qualidade como um sistema, leva a que os objectivos da qualidade, além de orientarem e motivarem todas as pessoas para atingir esses objectivos, requerem que todos os aspectos sejam ponderados, como os recursos humanos, a organização e a técnica, não esquecendo que um sistema da qualidade é dinâmico e tem a capacidade de adaptar-se às alterações do meio envolvente (Pires, 2007). Nos serviços de saúde, a senda da GQT “coloca o utente no centro de todas as actividades em todos os níveis da organização, com o apoio e envolvimento da administração” (Sale, 2000, p. 48).

Já a partir do ano 2000 o conceito de qualidade enveredou por uma nova fase, denominada de sustentabilidade. As organizações elegeram o caminho da excelência para desenvolver e aplicar os valores da qualidade em toda a empresa e proporcionando a sua auto-avaliação, por isso, já não se limitam ao cumprimento das normas definidas, mas acrescentam variáveis como a inovação e a aprendizagem permitindo-lhes a obtenção da eficácia total do sistema. Nos dias de hoje “já não é vista pelas organizações mais evoluídas como um fim em si mesma, pois estas já atingiram uma performance de qualidade em todos os níveis da cadeia de valor, pelo que vêem a qualidade como o suporte que garante o sucesso económico, social e ambiental e permite atingir a excelência e o desenvolvimento sustentável” (Lopes & Capricho, 2007, p. 45).

A nova estratégia da qualidade integra um conjunto de objectivos mais alargados, nomeadamente uma estratégia de âmbito social e ambiental, por isso, a empresa já não se encontra num patamar de acção de âmbito interno, nem numa perspectiva individual cuja preocupação incidia sobre a qualidade do produto e os sistemas de gestão, passando, actualmente para uma estratégia de âmbito externo e perspectiva de actuação colectiva. Então, a “sua cultura de qualidade já integra na cadeia de valor o conceito de sustentabilidade da(s) comunidade(s) onde está inserida” (Lopes & Capricho, 2007, p. 45), isto é, existe uma preocupação constante em estabelecer parcerias a nível económico, social e ambiental no sentido de uma melhoria contínua da sua performance nos diferentes níveis, com a finalidade da promoção dos valores da qualidade, da preservação do meio ambiente e da protecção social, tanto a nível interno como em toda a sua envolvimento externa.

Ainda segundo Lopes e Capricho (2007) as organizações desenvolvem estratégias de forma a obter vantagens competitivas, consolidando uma imagem de qualidade, responsabilidade, credibilidade e prestígio de forma a garantir a sua integração social e a sua sustentabilidade económica, social e ambiental a longo prazo, da mesma forma que procuram satisfazer todos os stakeholders, utilizando o modelo da empresa “Excelente”, dando uma especial importância à aprendizagem, à inovação permanente e às novas tecnologias da informação e comunicação.

### 2.3. O MODELO DE EXCELÊNCIA

O modelo de excelência da European Foundation For Quality Management (EFQM) foi desenvolvido em 1991 com o apoio da Comissão Europeia e da Organização Europeia para a

Qualidade. Este modelo traduz uma referência em termos da qualidade a nível da definição, implementação e desempenho das organizações para a Gestão da Qualidade Total (GTQ) (António & Teixeira, 2007).

A EFQM é uma associação sem fins lucrativos, criada em 1988 por catorze empresas internacionais e líderes no espaço Europeu em diversas áreas de negócio. O objectivo destas empresas na fundação da EFQM consistia na criação de uma força dinamizadora dos valores da qualidade e de uma visão mundial que levasse as organizações à excelência e sustentabilidade do seu desempenho (Lopes & Capricho, 2007).

Quando o modelo EFQM foi desenvolvido pressupunha como objectivo principal ajudar as organizações a implementarem um sistema de gestão que fosse capaz de melhorar o seu desempenho, no entanto, rapidamente os critérios do modelo foram extrapoladas para outras entidades, públicas e privadas como ferramenta eficaz para o diagnóstico e auto-avaliação (António & Teixeira, 2007). Segundo Branco (2008, p. 43), este modelo é essencialmente “um modelo de auto-avaliação que permite a monitorização da evolução/progresso de uma determinada organização para a excelência”.

A respeito do modelo de excelência da EFQM, António e Teixeira (2007) referem que existem alguns conceitos essenciais associados ao modelo e que são muitas vezes referidos na gestão da qualidade. Estes conceitos são:

- (i) “Orientação para os resultados” – a excelência numa organização depende do equilíbrio entre satisfação das necessidades entre todos os intervenientes (empregados, clientes, fornecedores, financeiras envolvidas, etc.).
- (ii) “Focalização no cliente” – o cliente é visto como o árbitro final na avaliação da qualidade do produto ou serviço.
- (iii) “Liderança e consistência de propósito” – o comportamento dos líderes da organização é vital para criar a clareza e unidade no propósito da organização.
- (iv) “Gestão por processos e factos” – o desempenho das organizações é mais eficaz quando as actividades são compreendidas e geridas de forma sistemática e existe planeamento para as decisões das operações.
- (v) “Desenvolvimentos e envolvimento das pessoas” – as pessoas de uma organização alcançam a plenitude das suas capacidades através da partilha de valores e de uma cultura de confiança e autonomia que estimula o envolvimento de todos.

- (vi) “Aprendizagem contínua, inovação e melhoria” – a organização atinge o máximo do seu desempenho através de uma gestão partilhada de conhecimento, acompanhado de uma cultura contínua de aprendizagem, melhoria e inovação.
- (vii) “Desenvolvimento de parcerias” – o desempenho de uma organização é mais eficaz quando as relações com os seus parceiros são mutuamente benéficas e são baseadas na confiança e partilha de conhecimento.
- (viii) “Responsabilidade pública” – a adopção de uma gestão ética e responsável, atendendo às regulamentações e excedendo as expectativas da comunidade leva a longo prazo, que as pessoas e a organização sejam melhor servidas.

O modelo de excelência da EFQM não tem orientações de prescrição, reconhece até, outras vias de implementação para atingir a excelência. Este Modelo de Excelência assume uma abordagem de avaliação com introdução de princípios de autoavaliação na aplicação do modelo. Os seus critérios de excelência para a avaliação são nove e agrupam-se de um a cinco como critérios com carácter facilitador sendo orientados para o funcionamento de uma organização e os critérios de seis a nove são considerados critérios de resultados (António & Teixeira, 2007). A seguir são exemplificados os respectivos critérios no quadro 3.

<i><b>Critérios facilitadores</b></i>	<i><b>Critérios de resultado</b></i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liderança</li> <li>• Política e estratégia</li> <li>• Gestão de pessoas</li> <li>• Parcerias</li> <li>• Recursos e processos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfação do consumidor</li> <li>• Satisfação das pessoas</li> <li>• Impacto na sociedade</li> <li>• Resultados do negócio</li> </ul>

*Quadro 3.* Critérios de excelência segundo a EFQM (adaptado de António & Teixeira, 2007)

Os critérios do Modelo de Excelência para a avaliação da qualidade preconizados pela EFQM são desdobrados em trinta e dois subcritérios e são organizados como demonstrado na figura 2. Este modelo baseia-se na inter-relação entre os critérios facilitadores e os critérios de resultados na procura de causalidades. Neste sentido espera-se que a obtenção do desempenho de excelência seja alcançada através de melhor desempenho nos critérios facilitadores que induzirá melhores resultados.

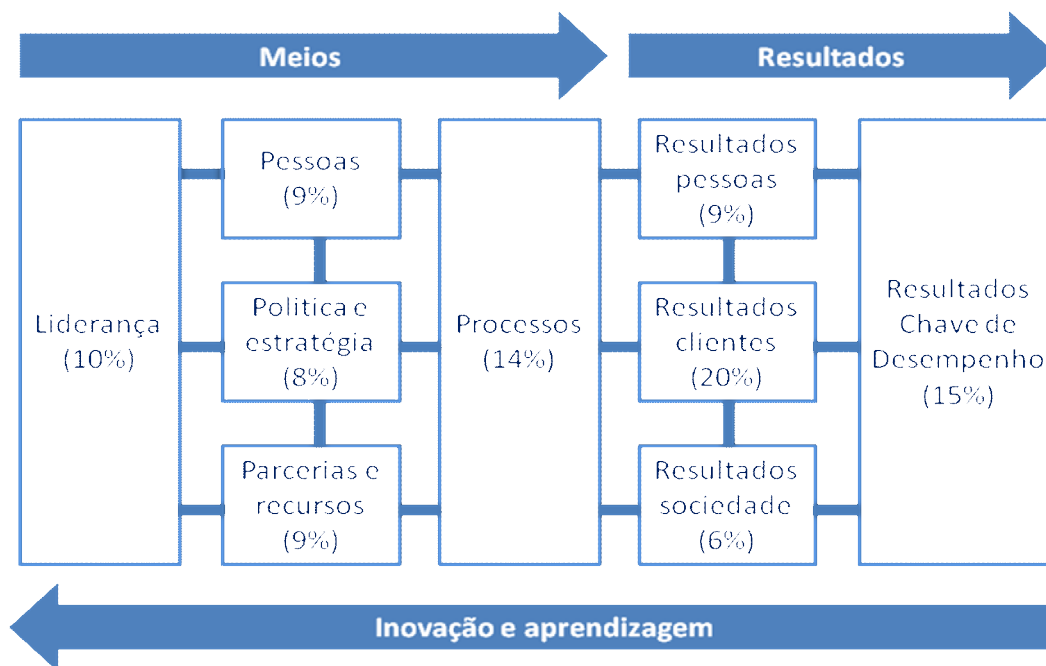


Figura 2. Modelo de excelência da EFQM (António & Teixeira, 2007, p. 128)

A avaliação preconizada por este modelo enquadra a forma como a satisfação das pessoas, clientes e sociedade estão a ser conseguidas, através de meios facilitadores de uma liderança efectiva pela gestão de recursos humanos, políticas e estratégias, parcerias e recursos e por processos, que caminham em direcção à excelência dos resultados.

Este modelo emerge como uma ferramenta de diagnóstico do estado actual de uma organização e através de processos de auto-avaliação, uma organização é capaz de obter informação completa, sistemática e regular das actividades e resultados. A utilização deste modelo possibilita à organização “isolar de uma forma clara os seus pontos fortes e áreas nas quais deve introduzir melhorias e propõe acções de melhorias planeadas que podem ser monitorizadas” (António & Teixeira, 2007, p. 129).

## 2.4. AS NORMAS ISO

A “International Organization for Standardisation” (ISO) é uma federação de organismos de normalização de 130 países, constituída em 1947. É uma organização não governamental com a missão de “promoção do desenvolvimento da normalização e actividades relacionadas, em todo o mundo, como elemento facilitador das trocas comerciais





- (i) “Focalização no cliente”. As organizações dependem dos seus clientes quer estes sejam os clientes directos ou os consumidores como também os colaboradores, os fornecedores, os accionistas, o estado a comunidade envolvente, etc. Neste sentido, convêm que as organizações entendam as necessidades actuais e futuras dos clientes, satisfaçam os requisitos e se esforcem por exceder as suas expectativas.
- (ii) “Liderança”. Compete aos líderes estabelecer a finalidade e a orientação da organização e que promovam um ambiente interno que permita o pleno desenvolvimento das pessoas para que a organização atinja os seus objectivos.
- (iii) “Envolvimento das pessoas”. A comunicação, a formação e a consciencialização das pessoas são factores essenciais numa organização, para que estas se revejam no SGQ, e entendam o seu contributo, de forma a potenciar o seu envolvimento e desenvolver competências para a realização das funções que lhe são atribuídas. “As pessoas, em todos os níveis, são a essência de uma organização” (APCER, 2003, p. 8, citando ISO 9000:2000).
- (iv) “Abordagem por processos”. Segundo este princípio o resultado desejado por uma organização é atingido com maior eficiência quando as actividades e os recursos associados às actividades são geridos como um processo. Uma empresa recebe inputs (como por exemplo materiais) e através de actividades transforma-os em outputs (como por exemplo produtos) para fornecer aos seus clientes, acrescentando valor.
- (v) “Abordagem da gestão como um sistema”. Através da identificação, compressão, controlo e gestão dos processos inter-relacionados como um sistema a organização obtém um contributo para atingir os seus objectivos com eficácia e eficiência. Estes processos também incluem os obtidos no exterior ou subcontratados a terceiros, como por exemplo, subsidiários, parcerias, filiais, etc.
- (vi) “Melhoria contínua”. Segundo este princípio a melhoria contínua do desempenho global de uma organização deve ser visto como um objectivo permanente da organização. Para além de resolver os problemas identificados na organização a melhoria contínua deve promover a possibilidade de melhorar os resultados do sistema e antecipar as expectativas do mercado.
- (vii) “Abordagem à tomada de decisões baseadas em factos”. As decisões eficazes são baseadas em dados e informações relevantes de origem interna ou externa à organização. A definição de estratégias, políticas e objectivos, assim como outros

aspectos mais operacionais, devem ser ancoradas pela análise de dados e informações.

- (viii) “Relações mutuamente benéficas com fornecedores”. Segundo este último princípio, uma organização e os seus fornecedores são interdependentes e uma relação onde ambos beneficiam potencia a capacidade de criarem valor, ou seja uma relação mutuamente benéfica potencia a capacidade de ganho entre a organização e seus fornecedores.



### CAPÍTULO 3. A QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

A qualidade nos serviços de saúde, segundo a Ex-Ministra da Saúde, Maria de Belém Roseira, é já hoje e cada vez mais no futuro, uma opção estratégica, absolutamente inquestionável. “Pressupõe medição e avaliação, com base em informação rigorosa que permita caminhar para o conceito de qualidade global.” (Roseira, in Sale, 2000, contra-capla).

O sector dos serviços têm vindo a crescer em quase todas as economias do mundo. À medida que uma economia se desenvolve o emprego no sector da agricultura e manufactura decresce, aumentando significativamente o emprego no sector dos serviços, segundo Lovelock e Wirtz (2006, p. 4), “Os serviços representam o ‘grosso’ da economia de hoje e também são responsáveis por grande parte da criação de novos empregos.” Quer isto dizer que os serviços estão a crescer devido a uma mudança que nos afecta a todos de uma forma drástica no modo como vivemos e trabalhamos, isto deve-se ao aumento da produtividade, à automatização na agricultura e na indústria, ao aumento da procura nos serviços tradicionais e ao aparecimento de novos serviços que são lançados continuamente para satisfazer as necessidades das pessoas, se olharmos para a última década a maioria das pessoas não sentiam a necessidade de correio electrónico, de serviços bancários on-line, etc.

No entanto, se procuramos definir serviços não é uma tarefa fácil, uma vez que, usualmente o conceito serviço contrapõe o conceito de produto, considerando que um produto é qualquer objecto físico, apropriável, transferível e cujo consumo é precedido pela sua produção, em contraposição o serviço segue uma linha contrária, uma vez que a sua venda, prestação e consumo são simultâneos. Segundo este pressuposto existe uma grande variedade de bens que não são produtos nem serviços, mas sim uma abrangência variada de elementos tangíveis e intangíveis. Neste sentido, Cook refere que, “A dicotomia «serviços *versus* produtos» carece de sentido, já que ambos são interdependentes e se apoiam mutuamente.” (citado por Vieira 2000, p. 21)

Seguindo esta linha e numa tentativa de definir serviços, Lovelock e Wirtz (2006, p. 8), referem que “Um serviço é um acto ou desempenho oferecido a outro.” Isto é, mesmo que o serviço esteja associado a um produto, a sua prestação é transitória, apresenta uma natureza intangível e não é possível a posse de qualquer elemento da sua produção. Acrescentando que “Um serviço é uma actividade económica que cria valor e proporciona benefícios a clientes em horários e locais específicos, efectuando uma mudança desejada em quem recebe o serviço, ou em seu nome.”

Para descrever as características que distinguem os serviços, Vieira (2000), aponta a intangibilidade, a simultaneidade, a heterogeneidade e a perecibilidade, como características próprias dos serviços.

E refere que a intangibilidade é das características mais citadas por diversos autores, considerando a intangibilidade “a ausência de transferência de propriedade e transacção”, (Vieira, 2000, p. 23), não dando lugar à sua posse, mas só unicamente ao seu consumo. Por sua vez, Farhangmehr e Simões (1997), dizem que os serviços são caracterizados pela incerteza na sua aquisição devido à impossibilidade de o consumidor experimentar ou sentir o serviço antes da sua compra.

Segundo Vieira (2000), a simultaneidade dos serviços também é uma das características muito citadas pelos vários autores. Para que ocorra a prestação do serviço é necessário a presença do cliente ou a sua intervenção, isto leva a que a produção e consumo ocorrem em simultâneo. Farhangmehr e Simões (1997) fazem referência à inseparabilidade do serviço justificando que a sua produção e o consumo são efectuados ao mesmo tempo, existindo uma interacção entre o cliente e o fornecedor do serviço.

A heterogeneidade do serviço está directamente relacionado com a interacção do prestador e o cliente, desta forma os serviços são menos uniformes, estandardizados e sujeitos a variações (Vieira, 2000). Para Farhangmehr e Simões (1997), o nível da qualidade da prestação de um serviço está intimamente ligada a quem, quando, como e onde este é prestado, conduzindo assim, a uma variabilidade única de cada serviço prestado.

A perecibilidade dos serviços deve-se à participação activa e necessária do cliente, ou seja na sua co-produção, neste sentido, se a capacidade de prestação de serviço está sempre disponível, e uma vez que a sua produção ocorre em simultâneo ao consumo, não é possível armazenar o serviço (Vieira, 2000).

Por sua vez, Lovelock e Wirtz (2006), fazem uma descrição mais abrangente e detalhada em relação às características dos serviços. Eles abordam nove características dos serviços:

- (i) Os Clientes não obtêm a propriedade de serviços, ou seja, os clientes normalmente obtêm valor do serviço prestado sem obterem a propriedade de qualquer elemento tangível desse serviço.
- (ii) Os produtos na forma de serviços são efêmeros e não podem ser armazenados, uma vez que, um serviço consiste num acto ou desempenho é transitório e perecível, portanto não pode ser armazenado após a sua produção.

- (iii) Os elementos intangíveis são os que dominam a criação de valor, isto é, mesmo que os elementos tangíveis dos serviços sejam importantes como as camas de um hotel, os talões bancários, as instalações de um bar, etc., são os elementos intangíveis que dominam a criação de valor na prestação de serviços.
- (iv) Os clientes podem ser envolvidos no processo de produção, isto pressupõe que, um grande número de serviços exija a presença dos clientes na produção de serviços, quer na forma de auto-serviço como por exemplo caixa electrónica ou de cooperação com o pessoal.
- (v) Existem outras pessoas que geralmente fazem parte do produto, isto demonstra que a qualidade dos profissionais é, muitas vezes, o elemento de diferenciação entre serviços, principalmente nos serviços de alto contacto.
- (vi) Há mais variabilidade entre “inputs” e produtos operacionais, ou seja, a qualidade dos “inputs” e dos produtos operacionais é de difícil padronização e controle, devido à presença dos profissionais e de outros clientes.
- (vii) Existem muitos serviços de difícil avaliação pelos clientes, isto é, uma parte significativa dos bens físicos contém uma porção alta de atributos de busca desenhada pelas características que o cliente pode avaliar antes da compra, outros porem, podem abarcar propriedades de experiência só avaliáveis no momento da compra ou após a mesma e outros envolvem atributos de credibilidade difíceis de avaliar mesmo após o consumo como é o caso das cirurgias.
- (viii) O factor tempo adquire grande importância, uma vez que, um grande número de serviços são entregues em tempo real e em presença física do cliente e as pessoas cada vez mais as valorizam o seu tempo e por vezes estão dispostas a pagar mais por uma resposta mais rápida do serviço.
- (ix) Por último, os canais de distribuição assumem formas diferentes, ou seja, os serviços não requerem canais de distribuição físicos, pelo contrário permitem combinar o ponto de entrega e o ponto de consumo num único local, como por exemplo os meios electrónicos e as transmissões de televisão.

Se agora procurássemos relacionar as características dos serviços com a qualidade e se colocássemos a questão, o que é qualidade? A sua definição não é fácil porque, segundo Pinto, Rodrigues, Melo, Moreira e Rodrigues (2006, p. 222), a evolução do conceito de qualidade sofreu várias alterações ao longo do tempo e a “qualidade tem a ver com muitos factores: por exemplo, com características técnicas, design, durabilidade, preço, etc.”

Para Hesbeen (2001, p. 45), a qualidade é frequentemente interpretada “como a excelência ou ainda como o que há de melhor.” ou seja a qualidade explicada com uma conotação de perfeição, permitindo assim, a interrogação “de que ponto de vista são expressas esta perfeição ou esta excelência? Será o dos profissionais, o dos doentes, o das famílias, o da administração, o dos organismos que financiam?”

Contudo, Eiglier e Langeard (1998), entendido por Serapioni (1999), vêem o conceito de qualidade como sendo constituído por dois elementos, um objectivo e o outro subjectivo. A objectividade da qualidade está relacionada com os componentes físicos do produto e a subjectividade está relacionada com a satisfação do cliente segundo a sua percepção e as suas expectativas. Para estes autores, no sector dos serviços, a qualidade limita-se à satisfação do cliente em determinada situação, ou seja, não existe separação entre o momento da produção e da distribuição. Mas, Hesbeen (2001, p. 46), faz uma ressalva “importa também determinar o momento em que é apreciada essa excelência porque com o correr do tempo, por vezes, acontecem mudanças de opinião surpreendentes.”

No entanto, Serapioni (1999, p. 84) afirma que para outros autores na área da saúde, a qualidade para além de atender à satisfação dos clientes tem de atender à satisfação dos profissionais e à eficácia dos cuidados de saúde. Por isso, ele refere também que é necessário considerar outros factores objectivos dos quais destaca “a aceitabilidade, a adequação do processo de diagnóstico e da terapia, o comportamento dos médicos e dos outros profissionais diante dos pacientes, a rapidez na resposta ao requerimento de tratamento etc.”

Mas apesar de tudo, é essencial ter sempre presente, segundo Pinto *et al* (2006, p. 223), que “se qualidade representa satisfação do cliente, então quem, em última análise avalia se o produto tem qualidade ou não, é o próprio cliente! O cliente, o utilizador do produto, é que sabe se este o satisfaz.”

Como é sabido a filosofia da melhoria contínua da qualidade foi aplicada primeiro à indústria, com grandes resultados, e só depois aos serviços de saúde que se deparam, aliás, com alguma dificuldade em assimilarem e utilizarem os termos fornecedor, produto e cliente. No entanto, Mezomo (2001, p. 106), procura amenizar os cépticos quando os caracteriza como “organizações que utilizam ‘recursos’, que executam ‘processos’ e que objectivam ‘resultados’” defendendo por isso a utilização dos princípios de administração desta filosofia de melhoria contínua da qualidade. E vai mais longe, avançando que, os objectivos desta filosofia nos serviços de saúde consistem em:

- (vi) Alcançar níveis de excelência nos procedimentos clínicos e administrativos, assim como no atendimento das necessidades dos pacientes.

- (vii) Optimizar o uso de recursos a nível de recursos materiais, humanos, financeiros e tecnológicos.
- (viii) Maximizar os benefícios e reduzir os riscos dos pacientes.
- (ix) Reduzir os custos e eliminar os desperdícios.
- (x) Proporcionar a máxima satisfação a todos os clientes internos e externos.

No entanto, os objectivos fundamentais da qualidade nos serviços de saúde são o respeito pela pessoa humana, a equidade na distribuição dos cuidados de saúde, a paz que deriva da equidade e a valorização da dimensão ética da organização e do trabalho profissional. A qualidade pode ser entendida então como sendo “um conjunto de propriedades de um serviço (produto) que o tornam adequado à missão de uma organização (empresa) concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas de seus clientes” (Mezomo, 2002, p. 73).

Ainda, segundo Mezomo (2001, p. 73), citando Donabedian, a qualidade é “uma propriedade da atenção médica” referindo que “esta propriedade pode ser definida como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o paciente” considerando os benefícios “em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes”.

Acrescentando que, existem “três dimensões para a qualidade: a técnica, a interpessoal e a ambiental.” A dimensão técnica refere-se à aplicação dos conhecimentos técnicos e científicos na prática dos cuidados de saúde ao paciente. A dimensão interpessoal refere-se à relação estabelecida entre o prestador de cuidados e o paciente e a ambiental traduz-se pelas condições oferecidas em termos de condições de bem-estar e conforto.

### 3.1. OS SISTEMAS DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Segundo Mezomo (2001, p. 119) a qualidade nos dias de hoje “deixou de ser uma opção e passou a ser uma obrigação e uma necessidade... porque o mercado está cada dia mais competitivo.” Isto porque, a qualidade agrega várias vantagens para as organizações que produzem ganhos internos e externos, sendo estes apresentados no quadro 4.



<b>Ganhos internos</b>	<b>Ganhos externos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A criação de um clima organizacional positivo</li> <li>• A melhoria do moral das pessoas</li> <li>• Redução dos custos e diminuição do desperdício</li> <li>• Aumento da produtividade da organização</li> <li>• Aumento da eficiência e da eficácia dos cuidados de saúde</li> <li>• Maior cumprimento das normas e adequação às expectativas dos pacientes</li> <li>• Aumento da responsabilidade pessoal e por sua vez diminuição ou eliminação da necessidade de controlo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumenta a competitividade e a participação no mercado</li> <li>• Aumenta a procura de cuidados</li> <li>• Aumenta a credibilidade e confiança na prestação de cuidados</li> <li>• Aumenta o lucro da organização que por sua vez pode realizar novos investimentos</li> <li>• Aumenta a satisfação do paciente</li> <li>• É prestado um melhor serviço à sociedade, o que vai de encontro ao verdadeiro sentido da missão da organização</li> </ul>

*Quadro 4.* Ganhos internos e externos da qualidade (adaptado de Mezomo, 2001, p. 121)

Para Juran, a Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ) consiste na mudança organizada e salutar no sentido de obter níveis de desempenho como nunca antes conseguidos, isto pressupõe “uma intenção organizacional, uma estrutura que suporte e dê continuidade às respectivas actividades e ainda cultura, liderança e envolvimento dos profissionais” (Silva *et al*, 2004, p. 9).

Por sua vez, Mezomo (2001, p. 183), descreve a melhoria contínua da qualidade, na área da saúde, como “um processo organizacional estruturado para envolver as pessoas no planeamento e execução de um fluxo contínuo de melhorias nos sistemas, de modo a oferecer cuidados de saúde que atendam e excedam as expectativas dos clientes”, por outro lado, Silva *et al* (2004, p. 9), dizem que a MCQ assenta “na melhoria organizada e persistente da estrutura, dos processos e dos resultados dos hospitais.”

Para o florescimento de uma melhoria contínua da qualidade, Bewick, citado por Sale (2000, p. 143), refere ser necessário desenvolver, em sincronia, “três aspectos essenciais:

- (i) Esforços para conhecer cada vez mais a fundo o cliente e ir associando constantemente esse conhecimento às actividades diárias da organização;
- (ii) Esforços para modelar a cultura da organização, principalmente através das acções dos líderes, no sentido de promover o brio, a alegria, a colaboração e o pensamento científico;

- (iii) Esforços para aumentar de forma continuada os conhecimentos acerca do controlo da variação dos processos de trabalho através da utilização generalizada de métodos científicos de recolha de dados, análise e acções daí derivadas.”

Já para Mezomo (2001) o processo de melhoria contínua da qualidade nos serviços de saúde tem as seguintes características:

- (i) Capacitar os médicos e gestores para a análise e melhoria dos processos;
- (ii) Adoptar o princípio de que as preferências dos clientes são a principal determinante da qualidade e que o termo cliente inclui os pacientes e os fornecedores no processo;
- (iii) Desenvolver a multidisciplinaridade de profissionais e departamentos;
- (iv) Promover a motivação para uma abordagem cooperativa, racional e fundamentada em dados do processo de análise e mudança.

Por sua vez, Silva *et al*, (2004), reforçam que, para abordar o tema de melhoria contínua da qualidade é indispensável ter presente que o cerne de uma organização é formado pelos clientes e na área da saúde os principais clientes são os doentes, por isso, os processos são desenvolvidos no sentido da sua satisfação. Segundo Hesbeen (2001, p. 43), podemos considerar como componentes essenciais para um cuidar de qualidade “O acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associada aos seus conhecimentos de natureza científica e às competências técnicas”.

No entanto, Silva *et al*, (2004), dizem que também é necessário relembrar que existem outros clientes, como por exemplo os profissionais, os voluntários, a comunidade, as seguradoras, etc., para os quais as organizações de saúde têm o dever de promover o bom relacionamento e de atender à satisfação das suas necessidades específicas.

Ainda podemos dizer que, segundo Mezomo (2001), o processo de MCQ, não procura culpados, mas sim oportunidades de melhoria, neste sentido, as pessoas deixam de ser problema, para fazerem parte da solução e pretende-se que estas se tornem responsáveis em todos os processos que desempenham. Assim, o processo de MCQ é fundamentado em dados concretos e as soluções são tomadas atempadamente de forma a prevenir a repetição de erros e eventuais problemas.

Segundo Mezomo (2001), para abordar o tema qualidade é preciso ter presente pelo menos três conceitos, que são: “missão”, “serviços” e a “satisfação do cliente” e por isso afirma que não é possível “satisfazer os clientes”, se os serviços não forem adequados às suas necessidades e se o atendimento deles não estiver previsto na própria definição da “missão” da instituição”. A partir daqui ele define qualidade como sendo a “Adequação dos serviços

(produtos) à missão da organização comprometida com o pleno atendimento das necessidades de seus clientes” (Mezomo, 2001, p. 111). Também refere que, quando se fala em serviços de saúde é possível identificar alguns componentes da qualidade que estão directamente ligados à qualidade, à ciência e à tecnologia dos cuidados e à sua aplicação na prática dos cuidados de saúde.

Por seu lado, Donabedian (2003, p. 4), afirma que a qualidade pode ser concebida como o produto de dois factores. Um factor é a ciência e a tecnologia dos cuidados de saúde e o outro é a forma como é aplicada a ciência e a tecnologia nas práticas actuais de saúde. O produto alcançado na prática dos cuidados pode ser caracterizado por sete atributos onde se incluem: - a eficácia, a efectividade, a eficiência, a optimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade. Estes atributos avaliados individualmente ou em diversas combinações constituem uma explicação da qualidade. E a sua medição nas variadas combinações possíveis determinam a magnitude da qualidade.

Também, Maia *et al* (2008) comungam a mesma ideia de que a qualidade, não é um atributo abstracto, mas algo com atributos comuns que assenta em pilares iguais aos referidos por Donabedian como se exhibe na figura 4.

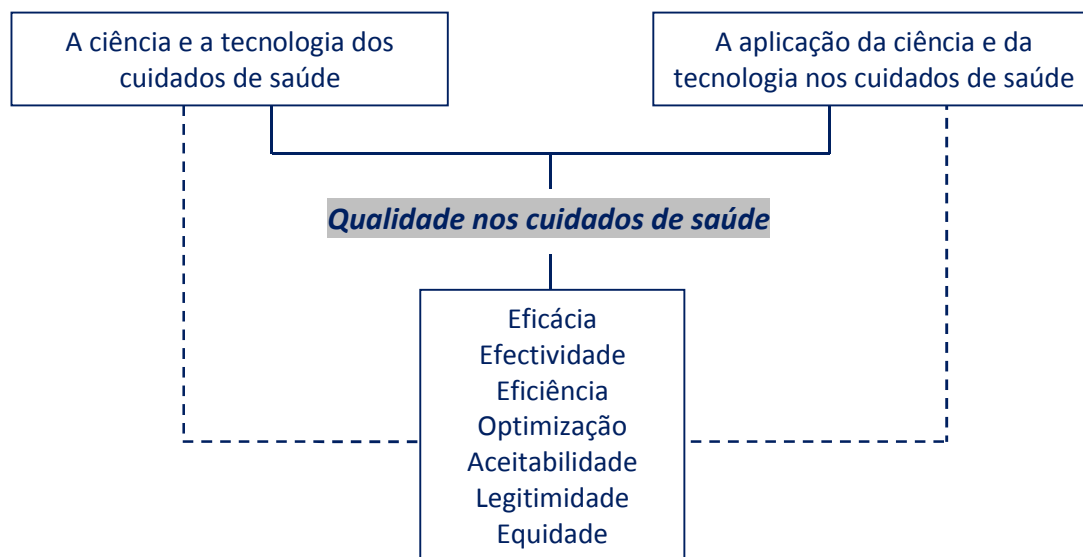


Figura 4. Componentes da qualidade nos cuidados de saúde (adaptado de Donabedian, 2003, p. 4)

Donabedian (2003) define os componentes da qualidade nos cuidados de saúde exibidos na figura nº 4 da forma que passamos a descrever.

A eficácia representa a capacidade da ciência e da tecnologia em alcançarem melhorias no estado de saúde quando usadas sob as condições mais favoráveis. No entanto, uma vez que nem sempre é possível especificar e controlar as condições mais favoráveis, o termo mais favorável configura um conceito mais vago e alargado. Em segundo lugar, a eficácia não é por si só, um objecto de monitorização sempre que é avaliada a qualidade da prática dos cuidados, esta é um produto de pesquisa, experiência e consenso profissional. Por último, o padrão estabelecido pela ciência e pela tecnologia dos cuidados de saúde não são específicos da eficácia, mas extensivos a outros atributos da qualidade. Portanto, podemos dizer que a eficácia representa as referências com os quais os resultados obtidos devem ser comparados.

A efectividade é o grau obtido de melhoria da saúde, ou seja, é a relação existente entre as melhorias de saúde atingíveis e as que realmente são atingidas. Isto permite a comparação entre o desempenho real e o desempenho que a ciência e a tecnologia dos cuidados de saúde, sob condições específicas, podem, previsivelmente, atingir.

Donabedian representa a efectividade dos cuidados de saúde da seguinte forma:

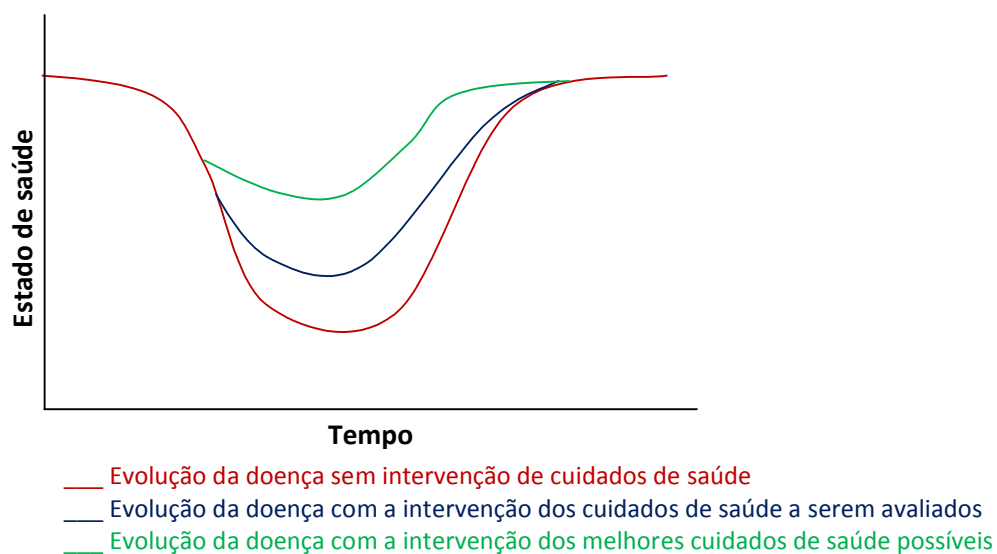


Figura 5. A efectividade dos cuidados de saúde (adaptado de Donabedian, 2003, p. 7)

A eficiência é a capacidade em reduzir os custos dos cuidados de saúde, sem diminuir as melhorias possíveis da saúde. Esta pode ser expressa pela relação entre a melhoria de saúde esperada de determinado cuidado avaliado e os custos desse cuidado. Isto quer dizer que, para um determinado custo a efectividade aumenta se houver melhoria da saúde, ou então, se é alcançado um determinado grau de melhoria da saúde através de menores custos.

A otimização é o equilíbrio desejado entre as melhorias na saúde em relação ao custo dessas melhorias. Isto pressupõe que exista uma otimização entre o custo e o benefício dos cuidados de saúde num ponto em que melhores benefícios podem ser conseguidos a menor custos relativamente aos benefícios.

A aceitabilidade é a adequação dos cuidados de saúde em relação às aspirações, desejos e expectativas dos pacientes e suas famílias. Donabedian divide este atributo em cinco partes:

- (i) Aceitabilidade. Considerando aqui a facilidade com que o paciente obtém os cuidados de saúde. Estes cuidados dependem de factores como a distância, os horários das instituições e o tempo que aguardam para uma cirurgia.
- (ii) Relação entre o paciente e o prestador de cuidados. Encarando que são necessários alguns atributos para uma boa relação entre o prestador de cuidados e o paciente como por exemplo, a confidencialidade e a privacidade, entre outros.
- (iii) Cortesias dos cuidados. Considerando os aspectos e as circunstâncias desejadas na prestação de cuidados, como por exemplo a limpeza, o conforto e a privacidade.
- (iv) As preferências do paciente tendo em conta os efeitos, os riscos e os custos dos cuidados de saúde.
- (v) O que os pacientes consideram ser justo e equitativo. Tendo em conta que pacientes formulam opiniões acerca do que consideram justo e equitativo na prestação de cuidados, referindo-se ao tipo de tratamento, acesso aos cuidados, cortesia e relação com o prestador, e benefícios esperados.

A legitimidade é a adequação dos serviços de saúde às preferências sociais expressas em princípios éticos, valores, normas, regulamentos leis e costumes.

A equidade é a conformidade com os princípios de justiça e honestidade na distribuição de cuidados de saúde e seus benefícios entre os membros de uma população.

No entanto, não podemos considerar únicos os contributos da qualidade defendidos por Donabedian, uma vez que outros autores também apresentaram outras dimensões para a qualidade como por exemplo Maxwell citado por Dick (1996), refere que a qualidade dos cuidados de saúde aborda seis dimensões distintas da qualidade, sendo estas, o acesso aos serviços de saúde, a relevância da necessidade dos cuidados de saúde, a eficácia para o paciente, a equidade, a aceitabilidade social e a economia e eficiência dos cuidados de saúde.

Apesar da contribuição de outros autores o modelo de medição de prestação de cuidados de saúde, usado actualmente, é o modelo de Donabedian (WHO, 2010).

Donabedian foi um médico, considerado o “grande mestre da qualidade em saúde” (Mezomo, 2001, p. 73), que “desenvolveu um modelo de avaliação da qualidade que se tornou o padrão no domínio dos serviços de saúde” (Revere, Black & Huq 2004).

Este modelo foi “Introduzido pela primeira vez em 1966” (WHO, 2010, p. 133), e consiste na avaliação da qualidade em saúde, assente em três componentes essenciais: estrutura, processo e resultados.

Esta tríade de aspectos essenciais para avaliação da qualidade, referida por diversos autores como por exemplo Maia *et al*, (2008), Hayes (2007), Komashie, Mousavi e Gore (2007), Hurst (2005), Paneque (2004), Revere *et al*, (2004), Mezomo (2001) e a própria WHO (2010), é entendida conforme a descrição efectuada na figura 6.

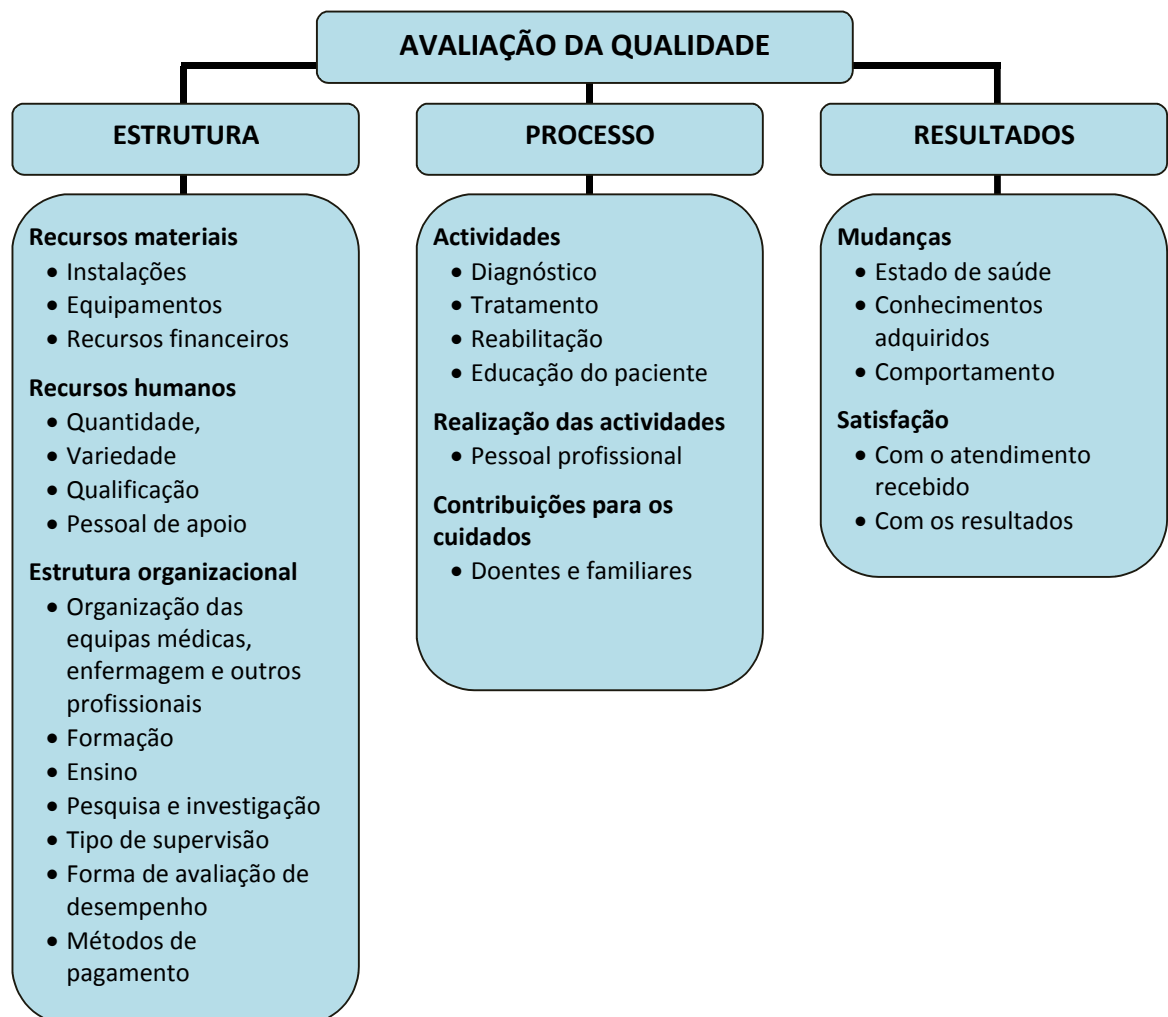


Figura 6. Tríade de Donabedian para a avaliação da qualidade (adaptado Donabedian, 2003)

A estrutura refere-se às características mais estáveis e serve para designar as condições em que os cuidados são prestados:

- (i) Recursos materiais, tais como as instalações e equipamentos e recursos financeiros;
- (ii) Recursos humanos, tais como a quantidade, variedade e qualificação dos profissionais e pessoal de apoio;
- (iii) Estrutura organizacional, tais como a organização das equipas médicas, de enfermagem e outros profissionais, a existência de funções de formação, ensino, pesquisa e investigação, o tipo de supervisão existente, a forma de avaliação de desempenho, e os métodos de pagamento por cuidados de saúde prestados, etc.

Por sua vez Revere, *et al*, (2004, p. 108) acrescentam que a “Estrutura é o alicerce da qualidade dos cuidados de saúde, que engloba as entradas de recursos, tais como as configurações físicas e organizacionais (edifícios, laboratórios, médicos, cultura dos trabalhadores, etc.) ” e citam Williams e Torrens, dizendo que as “medidas estruturais indicam a medida em que as organizações de saúde têm capacidade de fornecer níveis adequados de cuidados de saúde.”

O processo refere-se a todas as actividades que constituem os cuidados de saúde, nomeadamente:

- (i) O diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a educação do paciente.
- (ii) Estas actividades são realizadas geralmente por pessoal profissional, incluindo também outras contribuições para os cuidados como os pacientes e seus familiares.

Ainda vêm acrescentar que, o processo refere-se ao cuidado prestado ao paciente e inclui tanto os aspectos técnicos como os aspectos interpessoais da assistência ao paciente. O processo requer um conhecimento dos níveis actuais de desempenho, assim como de controlo e minimização da variação existente. Segundo Shi e Singh, (1998), citados por Revere, *et al*, (2004, p. 109), o processo engloba “Corrigir testes de diagnóstico, prescrição correcta, administração precisa de drogas, assistência farmacêutica, tempo de espera para ver um médico e aspectos relacionais dos cuidados e entrega são todos exemplos de processo”

Por último, o resultado reflecte as mudanças, no sentido desejável ou indesejável, que são provocadas no estado de saúde do indivíduo ou populações que podem ser atribuídas aos cuidados de saúde.

Os resultados incluem:

- (i) Mudança no estado de saúde do indivíduo ou população,

- (ii) Mudança nos conhecimentos adquiridos pelo paciente e familiares que podem influenciar a saúde futura,
- (iii) Mudança nos comportamentos do paciente ou familiares que podem influenciar a saúde futura e
- (iv) Satisfação do paciente e seus familiares com o atendimento recebido nos cuidados de saúde e com os seus resultados.

Ainda quanto aos resultados Donabedian (2003), apresenta uma classificação mais completa e detalhada, podendo englobar critérios como, clínicos, fisiológicos-bioquímicos, físicos, psicológicos e mentais, psicológicos e sociais, resultados integradores e resultados avaliativos. Esta classificação é apresentada no quadro 5.



<b>Classificação de resultados</b>	
A. Clínicos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sintomas relatados que têm significado clínico</li> <li>2. Classificação do diagnóstico como um indicador de morbilidade</li> <li>3. Estadiamento da doença, relevante para a perda funcional e para o prognóstico</li> <li>4. Desempenho no diagnóstico - a frequência de falsos positivos e falsos negativos como indicadores de performance diagnóstica ou descoberta de casos</li> </ol>
B. Fisiológicos-Bioquímicos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anomalias</li> <li>2. Funções <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perda da função</li> <li>- Reserva funcional - inclui o desempenho em situações de teste sob vários níveis de stress</li> </ul> </li> </ol>
C. Físicos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perda ou prejuízo da estrutura ou da integridade física - inclui anomalias, deformidades e desfiguração</li> <li>2. Desempenho funcional de actividades físicas e tarefas <ul style="list-style-type: none"> <li>- Em circunstâncias da vida diária</li> <li>- Em situações de teste sob diversos níveis de stress</li> </ul> </li> </ol>
D. Psicológicos e mentais	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sentimentos. Inclui o desconforto, a dor, o medo, a ansiedade (ou os seus opostos, incluindo a satisfação)</li> <li>2. Crenças que são relevantes para a saúde e cuidados de saúde</li> <li>3. Conhecimento que é relevante para a vida saudável, os cuidados de saúde e lidar com a doença</li> <li>4. Défices moderados de funções psicológicas ou mentais <ul style="list-style-type: none"> <li>- Em circunstâncias da vida diária</li> <li>- Em situações de teste que envolvem diversos níveis de stress</li> </ul> </li> </ol>
E. Psicológicos e sociais	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comportamentos adequados para lidar com a doença em curso ou que afecte o estado de saúde futuro, incluindo a adesão aos planos de cuidados de saúde e mudanças de hábitos relacionados com a saúde</li> <li>2. Desempenho de papéis <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conjugal</li> <li>- Familiar</li> <li>- Trabalho</li> <li>- Outros interpessoais</li> </ul> </li> <li>3. Desempenho sob condições de teste que envolvem variações de stress</li> </ol>
F. Resultados integradores	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mortalidade</li> <li>2. Longevidade</li> <li>3. Longevidade, considerando os ajustamento dos graus de défices físicos, psicológicos ou psicossocial: equivalentes à função plena</li> <li>4. Valor monetário dos anteriores</li> </ol>
G. Resultados avaliativos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opiniões dos clientes sobre, a satisfação com diversos aspectos do cuidar, incluindo a acessibilidade, a continuidade, a informação, a eficácia, e o custo</li> </ol>

*Quadro 5. Classificação de resultados segundo Donabedian (Donabedian, 2003, p. 48)*

Donabedian (2003), considera que o seu modelo, devido à sua simplicidade e capacidade de utilização intuitiva, foi amplamente aceite, embora nem sempre bem entendido ou bem utilizado. Na verdade tem havido algumas sugestões no sentido de alterar e/ou acrescentar algumas mais-valias ao modelo de Donabedian, assim como, também tem existido controvérsias mais ou menos relevantes em relação ao referido modelo.

Neste sentido Mezomo (2001, p. 116) explica que devemos acrescentar a estas características “com ênfase particular, o tipo de administração utilizado”, se esta se baseia em princípios modernos da filosofia da qualidade (melhoria contínua da qualidade), ou se baseia nos conceitos tradicionais de administração científica, já ultrapassados e que já não respondem às necessidades das organizações modernas. Segundo ele, “somente a utilização da filosofia da qualidade pode garantir os resultados desejados pelo redesenho constante dos processos adoptados” (Mezomo, 2001, p. 116). E defende que a administração da qualidade pressupõe:

- (i) Uma administração participativa;
- (ii) Trabalho em equipa;
- (iii) Um processo de educação contínua de todos e a todos os níveis da organização;
- (iv) O compromisso e envolvimento de todos na melhoria contínua da qualidade;
- (v) A utilização de uma metodologia na resolução de problemas;
- (vi) Apoio à mudança, à criatividade e à inovação;
- (vii) A definição da missão da organização;
- (viii) Uma visão de futuro;
- (ix) A utilização de práticas de benchmarking;
- (x) Uma avaliação permanente;
- (xi) Tomada de decisões fundamentadas em dados objectivos e não por intuição.

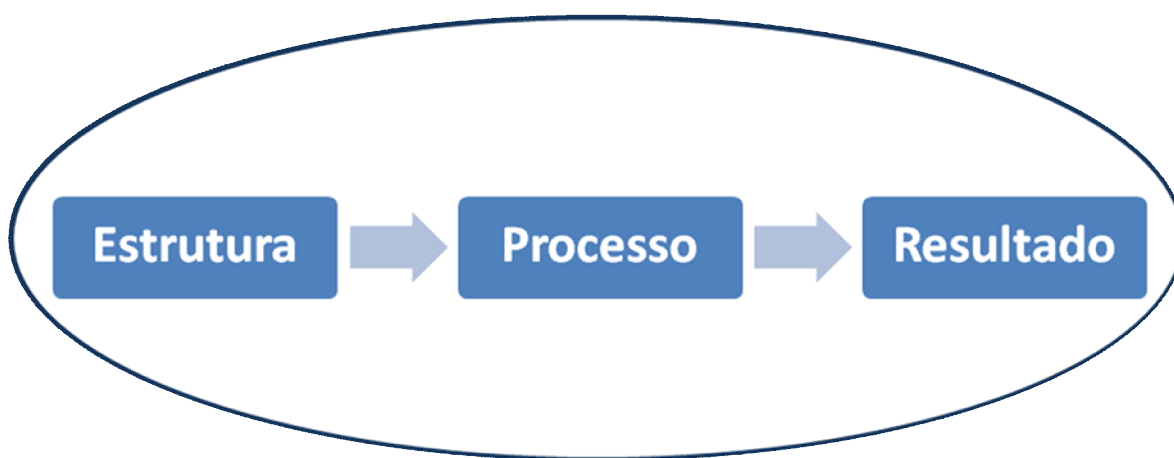
Quanto à componente de processo, Mezomo (2001, p. 116), acrescenta uma particularidade, que, embora todas as rotinas e procedimentos administrativos possam fazer parte da estrutura, “parece mais adequado considerá-los peças integrantes do processo” isto porque “mais importante do que a sua simples existência é a forma como elas são cumpridas e realizadas” e entende que, mais importante do que o cumprimento mecânico e despersonalizado é a qualidade da acção de quem a executa.

No aspecto da estrutura, Mezomo (2001, p. 117), acrescenta que os cuidados de saúde, embora devam ser a principal prioridade do ponto de vista de quem os recebe, não nos devemos esquecer “que eles só serão garantidos na medida em que forem extensivos também às pessoas (profissionais) que os originam”. Por isso, considera a necessidade de avaliar e

monitorizar tendo em conta os benefícios e a satisfação dos “clientes externos” (indivíduo, família e comunidade) e dos “clientes internos” (administradores, profissionais e pessoal operacional). Por outras palavras, considera os resultados do “ponto de vista clínico (qualidade clínica) e do ponto de vista administrativo (qualidade gerencial)” (Mezomo, 2001, p. 117).

Segundo Donabedian (2003), nem sempre a classificação das três partes de avaliação dos cuidados de saúde, são bem entendidas, nesse sentido ele faz algumas considerações à estrutura, processos e resultados:

- (i) A estrutura, os processos e os resultados não são atributos de qualidade. Eles são apenas o tipo de informação que se pode obter, com base na qual se pode depreender se a qualidade é boa ou não.
- (ii) Não se pode retirar conclusões sobre a qualidade a menos que haja uma relação pré-determinada entre as três abordagens, de modo que a estrutura influencia o processo e o resultado sofre influências do processo, como mostra a figura 7, a seguir apresentada:



*Figura 7. Relação entre estrutura, processo e resultado (adaptado Donabedian, 2003, p. 47)*

Segundo Mezomo (2001), esta tríade de elementos não é formada por partes autónomas e dissociadas entre si, mas sim, elementos intimamente ligados e inter-relacionados, que mantêm uma certa linha de causalidade e efeito, sendo necessário avaliar com cuidado.

Por sua vez, a WHO (2010, p. 133) refere que “A força do modelo de Donabedian reside nas relações entre estes indicadores.” ou seja “a estrutura influencia o processo e o processo por sua vez, influencia o resultado” e “a avaliação global dos cuidados de saúde prestados exige a compreensão dos três elementos, individualmente, e as relações entre eles.”

Mezomo (2001), acrescenta que, uma boa estrutura e a existência de processos adequados contribui para o alcance de bons resultados. No entanto, faz a ressalva de que essa relação nem sempre existe entre os elementos. Neste sentido afirma que, é possível obter resultados excelentes sem existir uma boa estrutura e estando os processos a um nível abaixo do padrão, assim como, é possível deter uma estrutura excelente, processos acima do padrão e não obter os resultados desejados. Por isso conclui que, há uma série de factores condicionantes por parte dos pacientes e dos profissionais que são difíceis de identificar e de controlar. Uma vez que não é a regra, logo “é preciso buscar permanentemente a melhoria da estrutura e dos processos para ‘garantir’ os melhores resultados, embora esta relação seja mais uma probabilidade do que uma certeza” (Mezomo, 2001, p 118).

Por sua vez, Peneque (2004) diz que a estrutura mais perfeita não garante a qualidade e acrescenta que, o processo e o resultado não podem existir sem a estrutura mesmo que esta possa abranger diversas variantes do próprio processo. A relação entre estrutura e qualidade deriva principalmente de que algumas deficiências do processo podem ser, pelo menos parcialmente, explicadas por problemas de estrutura.

Já para Mezomo (2001), os maus resultados devem ser evitados e as suas causas averiguadas e eliminadas na medida do possível, pelo acompanhamento contínuo dos processos “garantia da qualidade” e pela sua melhoria sistemática, uma vez que, quando os maus resultados acontecem o dano já foi causado e já não é possível reparar.

Segundo Mezomo (2001, p. 107), a forma de avaliar se os serviços de saúde produzem qualidade é criar e analisar “indicadores de estrutura, de processos (clínicos e administrativos) e de resultado (serviços e satisfação dos clientes)”.

E a WHO (2000), na sua página de glossário de termos, define indicador como “Uma variável com características de qualidade, quantidade e tempo utilizado para medir, directa ou indirectamente, as mudanças na situação e apreciar o progresso realizado para a combater.” E descreve ainda que, o indicador é uma “Variável passível de medição directa de que se presume associada com um estado que não pode ser medido directamente.” E acrescenta que um indicador é uma “Variável que ajuda a medir as mudanças de uma situação de saúde, directa ou indirectamente, e para avaliar até que ponto os objectivos e metas de um programa estão a ser atingidos.”

Por sua vez, Peneque (2004) resume a definição de indicador a uma “variável que pretende reflectir uma determinada situação e medir o grau ou o nível com que esta se manifesta, de maneira a que seja útil para avaliar as mudanças no tempo e fazer comparações no espaço.”

Segundo Mezomo (2001), a criação e o desenvolvimento de indicadores de qualidade devem ser baseados na tríade, estrutura, processo e resultado e devem ter as seguintes características:

- (i) Serem viáveis;
- (ii) Poderem ser aplicáveis a todas as unidades;
- (iii) Serem desenvolvidos tendo em conta a opinião e participação dos pacientes;
- (iv) Serem susceptíveis de avaliação e monitorização;
- (v) Estarem mais relacionados com os objectivos do que propriamente com os mecanismos e os procedimentos;
- (vi) Abordarem a qualidade técnica dos prestadores de cuidados, a qualidade das relações interpessoais entre prestadores de cuidados e paciente, e a qualidade do ambiente (condições hoteleiras) no qual se desenvolvem os cuidados de saúde.

No entanto, Paneque (2004) acrescenta que um bom indicador deve ter pelo menos as seguintes quatro características:

- (i) Válido – deve reflectir o aspecto da qualidade para o qual foi criado e mais nenhum.
- (ii) Fiável – deve obter o mesmo resultado em circunstâncias idênticas.
- (iii) Compreensível – deve compreender-se facilmente qual o aspecto da qualidade que se pretende reflectir.
- (iv) Simples – deve ser simples de administrar, aplicar e de explicar.

Para Mezomo (2001, p. 25), a aplicação dos indicadores e a avaliação das unidades de saúde deve ser feita “através de entrevistas, da observação directa, da revisão de documentos e da análise do prontuário médico (prontuário do paciente)”. Por outro lado, Paneque (2004), diz que “Entre os indicadores de processo mais naturais encontram-se aqueles que avaliam a qualidade de documentos ou formulários que devem ser preenchidos durante a prestação de cuidados médicos, ou outros profissionais, ou técnicos de saúde”. Já Nepote (2003) na sua “Análise do desempenho das actividades no centro cirúrgico através de indicadores quantitativos e qualitativos” utilizou como instrumentos de análise as folhas de anestesia dos doentes cirúrgicos, programas cirúrgicos, diários clínicos, fichas de intercorrencias da sala de operações e da sala de recuperação pós anestésica e livro de passagem de turno.

Contudo o desenvolvimento e utilização de indicadores de qualidade nos hospitais já vem de longa data, existindo actualmente centenas de indicadores que permitem avaliar a qualidade dos cuidados de saúde nos hospitais (Paneque, 2004).

No entanto, conforme referido na página 37, Donabedian foi o primeiro a alegar que o método para avaliação da qualidade dos cuidados de saúde pode ser aplicado a três níveis do sistema: a estrutura, o processo e o resultado. E, segundo Paneque (2004), esta abordagem da avaliação da qualidade contínua, ainda hoje, a ser o lema para a abordagem do problema da avaliação da qualidade nos hospitais.

Segundo Paneque (2004), os indicadores de estrutura, medem a qualidade das características do local onde se prestam os serviços e o estado dos recursos para os prestar. Os indicadores de processo medem de forma directa ou indirecta a actividade desenvolvida pelos profissionais durante o atendimento do paciente. E os indicadores de resultado, medem o nível de sucesso alcançado no paciente, ou seja, se foi conseguido o que se pretendia com as actividades realizadas durante o processo de atendimento do paciente.

Por sua vez, a WHO (2010, p. 133), vem reforçar que “Os indicadores de estrutura permitem avaliar a infra-estrutura física de um sistema de saúde. Os indicadores de processo permitem avaliar a forma como um protocolo de cuidados de saúde é realizado ou prestado. Os indicadores de resultado permitem avaliar os resultados ou impacto sobre a saúde da população.”

Por outro lado, Paneque (2004) defende ainda a existência de outro tipo de indicadores, que medem sobretudo a eficiência e que representam um complemento necessário dos indicadores da qualidade.

Mezomo (2001), ainda acrescenta que os indicadores de qualidade podem ser a efectividade, a eficiência, a adequação, a segurança, a aceitação, a acessibilidade, a continuidade, entre outros.

Quanto a indicadores da qualidade de estrutura, Paneque (2004), refere que “A avaliação da estrutura implica os recursos materiais (Instalações, equipamentos e orçamento monetário), os recursos humanos (número e qualificação do pessoal) e outros aspectos institucionais ou de gestão (organização do pessoal médico e métodos para a sua avaliação)”. A avaliação da estrutura torna-se quase sempre fácil, rápida e objectiva porque engloba uma série de características estáticas e previamente estabelecidas, baseadas na obtenção de uma qualidade aceitável para um determinado momento. No entanto a sua utilização é limitada se a intenção for obter uma visão real da qualidade da gestão hospitalar.

Greyndt (1994) abordado por Peneque (2004), estabelece quatro categorias para os indicadores de estrutura:

- (i) Estrutura física - engloba fundações e construções de imóveis, mobiliário médico e de escritório, veículos, medicamentos e outros produtos farmacêuticos,

armazéns e condições de armazenamento, equipas médicas e não médicas, quer sejam fixas ou móveis, e a manutenção dos imóveis.

- (ii) Estrutura ocupacional (staff) - inclui a qualidade e quantidade de pessoal médico e não médico utilizado para prestar cuidados médicos, ou seja, o número e o tipo de pessoal por categoria profissional. Engloba também as relações entre as diversas categorias de profissionais, como por exemplo enfermeiro/médico, ou entre os profissionais e a população, como por exemplo médico/habitante, a experiência dos profissionais por tempo e por local e os critérios de desempenho do pessoal específico.
- (iii) Estrutura financeira - inclui o orçamento disponível para os serviços trabalharem adequadamente, pagar aos trabalhadores, financiar os requisitos mínimos de entradas físicas e de pessoal e proporcionar incentivos aos profissionais com a finalidade de obter melhor desempenho.
- (iv) Estrutura organizacional - reflecte as relações entre a autoridade e a responsabilidade, a estrutura da organização, aspectos governamentais e de poder, a proximidade entre a responsabilidade financeira e a operacional, o grau de descentralização da capacidade de decisão e o tipo de decisões que são delegadas.

Referindo-se a indicadores da qualidade de processo, Paneque (2004), diz que o processo de assistência médica “é o conjunto de acções a serem realizadas pelo médico (como expoente do pessoal que presta cuidados) sobre o paciente para chegar a um resultado específico, que geralmente é visto como a melhoria da quebra de saúde deste último”. E acrescenta que se trata de um processo complexo na prestação de cuidados de saúde, onde a interacção do paciente com a equipe de saúde e com a tecnologia utilizada desempenha um papel preponderante.

No entanto, defende que são utilizadas variáveis relacionadas com o acesso dos pacientes ao hospital, o grau de utilização dos serviços, a habilidade técnica dos médicos na realização das suas acções sobre os pacientes e tudo aquilo que os pacientes fazem no hospital para cuidarem de si. Realça também que é no processo onde se pode ganhar ou perder eficiência, considerando os indicadores de eficiência, de certo modo, também indicadores de processo.

Os indicadores da qualidade de resultado, citando Paneque (2004), referem-se ao “benefício que se alcança nos pacientes, apesar de habitualmente ser medido em termos de dano ou, mais especificamente, o resultado é uma mudança na saúde que pode ser atribuída à assistência recebida.”

Segundo Paneque (2004), a análise dos indicadores da qualidade de resultados dos cuidados de saúde, proporcionam a oportunidade de avaliar a eficácia, efectividade e eficiência das práticas médicas, tanto sob o aspecto da avaliação tecnológica como sob o aspecto da avaliação dos próprios prestadores de cuidados de saúde.

Gilmore e De Moraes (1996), referenciados por Paneque (2004), defendem que os indicadores de resultados da assistência hospitalar:

- (i) Não avaliam directamente a qualidade do atendimento, apenas permitem deduzir sobre a estrutura e o processo do serviço,
- (ii) São dependentes da interacção com outros factores, como por exemplo a severidade da doença e o “case mix”,
- (iii) Reflectem a contribuição de diferentes aspectos do sistema de assistência médica, mas simultaneamente escondem o que esteve bem ou mal e não deveria ser analisado separadamente da estrutura e do processo,
- (iv) São melhor compreendidos pelos pacientes e pelo público em geral do que os aspectos técnicos do processo e da estrutura.

Segundo Paneque (2004), alguns autores expressam a existência de contradições entre indicadores de processo e de resultados, uma vez que para alguns, os indicadores de processo perdem sentido se a sua qualidade não se reflectir no resultado, enquanto outros argumentam que os resultados dependem de factores individuais dos pacientes e nada têm a ver com a qualidade do processo.

Para Gilmore e De Moraes (1996) referidos por Paneque (2004), existem dois grandes grupo de indicadores da qualidade de resultados nomeadamente os indicadores sentinela e os indicadores de dados agregados.

Os indicadores sentinela são aqueles que representam um evento muito grave e indesejável do resultado dos cuidados de saúde ao ponto de se efectuar uma revisão individual em cada caso que ocorra. O falecimento numa cirurgia de baixo risco e o falecimento de uma grávida durante o parto no hospital, são dois exemplos de indicadores sentinela. Eles identificam o aparecimento de uma situação grave que deve ser investigada imediatamente. São importantes para garantir a segurança do paciente mas são pouco úteis para avaliar o desempenho global de uma organização.

Os indicadores de dados agregados são aqueles que indicam a necessidade de uma revisão completa e detalhada quando a proporção de casos ultrapassa o limite considerado aceitável pelos próprios profissionais. São exemplos de indicadores de dados agregados a taxa de infecções hospitalares, a taxa de complicações anestésicas, a taxa de complicações



relacionadas com o internamento e a taxa de incidentes cirúrgicos. Eles medem o desempenho da organização baseando-se em eventos que ocorrem com alguma frequência. Permitem avaliar tendências, fazer comparações com o desempenho passado e com o desempenho de outras organizações e com pontos de referência estabelecidos.

Ainda assim, Paneque (2004) aborda um terceiro indicador da qualidade de resultado, introduzido por Aranaz e referido por Brook (1996) que é o indicador de rastreamento, definido como “uma situação típica de diagnóstico de uma especialidade clínica ou de uma instituição que reflecte com precisão a globalidade da assistência prestada. Pode ser uma doença de diagnóstico frequente em que as deficiências no atendimento são consideradas comuns e susceptíveis de ser evitadas, e onde pode ser conseguido benefício com a correcção dessas deficiências”, referindo como exemplo, um paciente internado no hospital por hipertensão arterial e no momento da alta mantém valores elevados da tensão arterial ou um paciente hospitalizado por hiperglicemias e no momento da alta continua com valores elevados de glicemia. Estes exemplos podem ser considerados eventos de rastreamento indicando uma grande probabilidade de um problema na qualidade dos cuidados médicos prestados ao paciente.

Uma vez que a prestação de cuidados de saúde está orientada para a melhoria da saúde dos indivíduos, grupos e comunidades, a opinião dos pacientes constitui um dos indicadores mais importantes da sua qualidade. Neste sentido, Donabedian (citado por Paneque, 2004), afirma que “a satisfação do paciente tem uma importância fundamental como medida da qualidade dos cuidados, porque fornece informação sobre o êxito do prestador em alcançar os valores e expectativas do paciente, que são questões em que este é a autoridade suprema”.

No entanto, Paneque (2004), reconhece uma importante limitação neste tipo de indicadores, que reside no facto da qualidade ser considerada a partir da óptica do paciente, o que não pode garantir que os cuidados de saúde, na forma como foram concebidos correspondam directamente ao que é percebido pelo cliente. Também acrescenta que outras limitações residem no facto de muitas vezes serem os mesmos profissionais de saúde a realizarem e a controlarem a informação recolhida e porque o preenchimento voluntário dos questionários pode levar a taxas elevadas de não-respostas.

Uma outra classificação de indicadores apresentada por Paneque (2004) consiste na divisão de indicadores positivos e indicadores negativos. Segundo ele, os indicadores negativos referem-se àqueles que se baseiam em resultados considerados não desejáveis segundo o nível actual de conhecimento científico, como por exemplo, a taxa de mortalidade por complicações ou procedimentos terapêuticos.

Os indicadores positivos são aqueles cujo sucesso é considerado desejável à luz do actual nível de conhecimento científico, como por exemplo a taxa de revascularizações coronárias efectuadas por ano em determinado hospital. Este indicador pode ser considerado positivo uma vez que espera-se que esteja associado a níveis elevados de qualidade dos cuidados de saúde nesse hospital.

Segundo Paneque (2004), a eficiência é um conceito que pode ter diversos significados consoante a área do conhecimento que estejamos a estudar. Em saúde, a eficiência significa produzir serviços de saúde ao menor custo possível para a sociedade, mas, também pode ser quantificada pela relação entre o quociente dos resultados obtidos e o valor dos recursos utilizados. Em termos de economia da saúde pode ser considerada em que medida as consequências de um projecto de saúde são ou não desejáveis.

E acrescenta que, uma vez que os recursos na saúde são limitados é fundamental a eficiência como condição importante para obter os melhores resultados e garantir a melhoria dos serviços, neste sentido para medir a eficiência dos cuidados de saúde é necessário dispor de informação acerca dos recursos utilizados e dos resultados alcançados.

Uma vez que nos hospitais a cama constitui o principal recurso no qual se baseiam muitas das medidas da eficiência hospitalar, alguns dos indicadores que medem directamente a eficiência dos cuidados de saúde hospitalares podem ser exemplificados quanto a estadia hospitalar (dias de internamento) e ao aproveitamento da cama (número de camas por habitante, taxa de ocupação, taxa de rotação, etc.).

Mas, para garantir a qualidade é preciso fazer auditorias. Neste sentido, Pires (2007, p. 369), define a auditoria como “a mais típica actividade de gestão dentro dos subsistemas de gestão da qualidade, ou do ambiente, já que pretende, essencialmente, verificar o correcto funcionamento e a eficácia dos sistemas em causa.”

A auditoria clínica pode ser entendida, segundo Sale (2000, p. 87), como “um sistema simples que permite aos profissionais medir o seu desempenho, reconhecer a boa prática e, se necessário, introduzir melhorias.” e acrescenta que já em 1989 no White Paper vinha definida auditoria como a “Análise crítica e sistemática da qualidade dos cuidados médicos, incluindo os procedimentos de diagnóstico e tratamento, a utilização de recursos e os consequentes resultados e qualidade de vida para o doente” (Sale, 2000, p. 87).

Segundo Pires (2007, p. 369), na linguagem das normas da ISO 19011 a auditoria é considerada como “um processo independente, sistemático e documentado para obter evidências de auditoria e para avaliar objectivamente, com vista a determinar em que medida os critérios da auditoria são satisfeitos.” Acrescentando que “a auditoria visa:

1. Verificar se as actividades relativas à qualidade e os resultados associados estão conforme as disposições previstas;
2. Determinar a eficácia do sistema da qualidade;
3. Determinar a conformidade do sistema com os critérios da auditoria;
4. Determinar se o sistema tem sido adequadamente implementado e mantido;
5. Identificar áreas de melhorias potenciais;
6. Avaliar a capacidade do processo de revisão pela gestão de modo a assegurar a adequabilidade e eficiência do sistema;
7. Avaliar o sistema no quadro de uma possível relação contratual”

Se entretanto, segundo Pinto e Soares (2009, p. 32), o sistema cumprir os requisitos e estes são reconhecidos por uma terceira parte, entidade certificadora, é concedida a certificação. “A certificação consiste em avaliar, com credibilidade, a conformidade face a documentos de referência”, isto é, comprovar a conformidade do sistema de qualidade de acordo com as normas e as referências internacionais reconhecidas (Fonseca, 2000, citado por Lopes & Capricho, 2007, p. 34).

No entanto, Silva *et al* (2004, p. 14) ressaltam que, “A qualidade não é apenas um certificado, na sequência de um processo conduzido por uma entidade reconhecida para o efeito, nem a fama de excelência, mas a conformidade com os resultados esperados, a ausência de erros e desperdício.” Por isso, Pinto e Soares (2009), esclarecem que a certificação não deve constituir o único objectivo da implementação do sistema, esta deve ser o passo final, para quando o sistema já completou pelo menos um ciclo de Deming com resultados satisfatórios. E apontam como vantagens da certificação a evidência clara junto dos clientes, dos colaboradores e de todos os interessados, os esforços que a empresa desenvolveu ao nível da qualidade. Simultaneamente salientam as vantagens publicitárias uma vez que uma empresa certificada pode usar a designação de empresa certificada nos seus documentos e nas campanhas de publicidade e marketing. Por sua vez, Secca (2000) referenciado por Lopes e Capricho (2007, p. 34), salienta que a certificação “Internamente, contribui para melhorar a organização interna e a definição de responsabilidades, ao nível externo, melhora a imagem da empresa e conduz os clientes a uma maior fidelização”.

O processo de certificação poderá dizer-se que, basicamente é constituído pelos seguintes elementos variando ligeiramente de acordo com a entidade certificadora:

- (i) Pedido formal dirigido à entidade certificadora.
- (ii) Mapa ou esquema da localização das instalações.

- (iii) Manual do sistema de gestão da qualidade com os respectivos procedimentos documentados.
- (iv) Organograma da organização.
- (v) Caso exista, layout simplificado das instalações.
- (vi) Lista da legislação aplicada à organização.
- (vii) Lista dos dispositivos de monitorização e medição (Pinto & Soares, 2009).

Por seu lado, segundo Lopes e Capricho (2007, p. 34), a acreditação consiste “numa operação de validação técnica e de reconhecimento da capacidade da entidade a acreditar, tornando-a competente para avaliar outras entidades.” Já Sale (2000, p. 30) citando Limongelli (1983), aborda o termo acreditação como “um processo que contempla matérias relacionadas com a avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados.” e acrescenta que o termo acreditação reveste-se de “um reconhecimento profissional e nacional reservado às instituições que prestam cuidados de saúde de elevada qualidade.”

Ainda segundo Sale (2000, p. 30) o processo de acreditação “é um sistema de auditoria organizacional que decorre em três etapas.” E segundo ela as etapas são:

- (i) Elaboração de normas organizacionais referentes aos sistemas e processos da prestação de serviços de saúde.
- (ii) Implementação das normas desenvolvidas.
- (iii) Avaliação da adesão às normas implementadas.

### 3.2. O ESTADO DA ARTE NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NO BLOCO OPERATÓRIO

Para a WHO (2008, p. 8), “o tratamento cirúrgico tem sido um componente essencial dos cuidados de saúde em todo o mundo há mais de um século” e dado que a incidência de doenças neoplásicas, lesões traumáticas, doenças cardiovasculares, entre outras, continua a aumentar, bem como a longevidade da população, o impacto das intervenções cirúrgicas nos sistema de saúde pública vai crescer significativamente.

A OMS refere que dados de 2004, em 56 países, mostraram que o volume de “major Surgery” ronda o volume de 187-281 milhões, ou seja, uma operação por cada 25 pessoas vivas, considerando “major Surgery”, “qualquer procedimento realizado na sala de operações que envolva a incisão, excisão, manipulação ou sutura de tecido que normalmente exige anestesia geral, regional ou sedação profunda para controlar a dor” (WHO, 2008, p. 8).

Segundo esta Organização (WHO, 2009), nos países industrializados, os estudos sugerem que a taxa das maiores complicações após a cirurgia são relatados na ordem dos 3-22% dos procedimentos cirúrgicos com internamento e a taxa de mortalidade ocorre em cerca de 0,4-0,8%. Já nos países em desenvolvimento a taxa da mortalidade aumenta para 5-10% associada às “*major Surgery*” e nos países da África Subsariana a morte durante a anestesia geral é relatada na proporção de um para 150 pacientes.

Também segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009), os eventos adversos que afectam todos os pacientes internados foram estimados em 3-16% e mais de metade destes eventos são conhecidos como sendo evitáveis e pelo menos metade deles ocorrem durante o atendimento cirúrgico. Os factos da segurança cirúrgica podem ser resumidos em cinco pontos, conforme descrito no quadro 6.

- As complicações após as operações com internamento ocorrem até 25% dos pacientes.
- O relato da taxa bruta de mortalidade após a cirurgia de grande porte é 0,5-5%.
- Nos países industrializados, quase metade de todos os eventos adversos em pacientes hospitalizados são relacionadas com assistência cirúrgica.
- Pelo menos metade dos casos, em que a cirurgia provocou algum dano no paciente, são considerados evitáveis.
- Os princípios conhecidos de segurança cirúrgica são aplicados de forma inconsistente, mesmo nos ambientes mais sofisticados.

*Quadro 6.* Resumo dos factos da segurança cirúrgica (WHO, 2008, p. 9)

Segundo a WHO (2008), se for assumida a taxa de 3% de eventos adversos no atendimento cirúrgico e uma taxa de 0,5% de mortalidade global, isto significa que aproximadamente sete milhões de pacientes cirúrgicos sofrem algum evento adverso no atendimento cirúrgico e um milhão de pacientes morre durante ou logo após à intervenção cirúrgica em cada ano. Neste sentido, considera que as complicações cirúrgicas evitáveis representam uma grande proporção de mortes e danos cirúrgicos evitáveis a nível global, portanto, incentiva a implementação de projectos de educação e intervenções de saúde pública para melhorar a segurança cirúrgica e a qualidade do atendimento.

Já Vicent *et al* (2004), referem que estudos efectuados em todo o mundo demonstram que aproximadamente 10% dos doentes admitidos no hospital sofrem algum tipo de dano já dentro do hospital, embora na sua maioria estes eventos sejam de baixa gravidade, no entanto, alguns conduzem a ferimentos graves e até mesmo à morte, assim como, uma percentagem

significativa destes eventos adversos estão associados ao procedimento cirúrgico. E acrescentam que, para além dos factores de risco fisiopatológicos associados ao paciente e das habilidades técnicas de cada cirurgião, o resultado da cirurgia também depende da qualidade dos cuidados prestados por todos os profissionais de saúde, durante o período de internamento, onde todos os profissionais são influenciados pelo ambiente do local de trabalho.

Segundo Vicent *et al* (2004), durante muitos anos foi um problema, em todas as salas de operações, a falha na remoção do local cirúrgico de compressas, agulhas e instrumentos cirúrgicos. Actualmente existem protocolos rigorosos que envolvem uma contagem manual em várias etapas da cirurgia assim como a contagem no final da mesma, no entanto é um processo exclusivamente humano existindo a possibilidade de erro. O esquecimento de qualquer corpo estranho dentro do corpo do doente conduz a uma considerável morbilidade e até mesmo mortalidade aumentando consideravelmente os custos devido a reinternamentos, reintervenções, aumento da estadia no hospital, tratamento, recuperação e situações litigiosas.

Embora os factores de risco do doente e as habilidades técnicas do cirurgião e de todos os membros da equipa cirúrgica sejam um pressuposto básico para o sucesso da cirurgia, existe também associado a uma ampla gama de factores que são importantes para a obtenção de desempenhos seguros e de elevada qualidade em ambientes de alto risco, como o bloco operatório. Neste sentido, Vicent *et al* (2004) sugerem o desenvolvimento de um “perfil de operação” para encontrar todas as características relevantes de uma operação cirúrgica, referindo-se ao tipo e uso de equipamento, à comunicação no seio da equipa, à coordenação da equipa, ao desempenho individual dos elementos da equipa e ao ambiente da sala de operações. Vicent *et al* (2004, p. 478) adoptaram o termo “perfil de operação” para “to characterize the full range of factors implicated in the surgical outcome in the perioperative period.” Os factores envolvidos no resultado cirúrgico estão exemplificados na figura 8 fazendo referencia ao “perfil de operação”.



Figura 8. Desempenho cirúrgico (adaptado de Vicent *et al*, 2004, p. 476)

dosa preocupação com a segurança dos “factores humanos” que abrange áreas como a engenharia, psicologia cognitiva e ergonomia surgiu segundo Vicent *et al* (2004) como resposta às preocupações com a segurança nas indústrias de alto risco, sendo também agora aplicadas na área dos cuidados de saúde de diversas maneiras. Neste sentido, os anestesistas têm vindo a delinear avanços importantes no que diz respeito à segurança através da monitorização de incidentes, análise sistemática de eventos, pelo desenvolvimento de equipamentos com design e aspecto ergonómico mais seguro, eficiente e eficaz, pela implementação nas suas práticas de dispositivos de segurança como a oximetria de pulso e também simultaneamente têm vindo a prestar uma especial atenção à fadiga cognitiva e ao stress no trabalho.

Para Vicent *et al* (2004, p. 477) uma das principais lições retiradas do modelo de Reason adaptado à saúde é que “serious adverse events and complications are often preceded by a chain of individually unimportant errors and problems, in turn influenced by a wide variety of contributory factors”, segundo este pressuposto é necessária a monitorização directa dos eventos de menor gravidade, na tentativa de evitar ou diminuir os eventos adversos graves. Por sua vez, Mishra, *et al* (2009), destacam que a frequência dos eventos adversos na sala de operações está associado à qualidade do trabalho em equipa e à comunicação.

No entanto, Vicent *et al* (2004) afirmam que o bloco operatório é um sistema extremamente complexo. A sua complexidade é atribuída não só ao doente e à sua condição, mas também ao grande número e sofisticação de equipamentos, ao elevado volume de informação que veicula, à natureza da comunicação e à coordenação de equipa, assim como à urgência e incerteza com que as decisões e intervenções devem ser tomadas. Estes aspectos

associados à fadiga, ao stress, às pressões de produção e a pesadas cargas de trabalho fazem da prestação de cuidados no bloco operatório, um local vulnerável a eventos adversos. Os eventos adversos cirúrgicos podem ser devidos à comunicação deficiente no seio da equipe, a má técnica cirúrgica do cirurgião e elementos da equipa, mau funcionamento ou utilização inadequada dos equipamentos, erros cognitivos devido ao stress ou distração, agravados por problemas de recursos e de organização.

Calland *et al*, mencionados por Vicent *et al* (2004, p. 477), descrevem um “systems approach to surgical safety” onde em outros ambientes de alto risco, como o caso da aviação, os sistemas de abordagem foram utilizados com sucesso no estudo de erros em ambientes complexos. Sugerem que é necessário estudar todos os aspectos do sistema que compreende uma operação cirúrgica, incluindo as questões relacionadas com o uso e design do equipamento, a comunicação, a coordenação da equipe e os factores que afectam o desempenho individual, bem como o próprio ambiente de trabalho.

Vicent *et al* (2004), referem-se a estudos de outros autores que abordam aspectos específicos da segurança na sala de operações que influenciam o desempenho do cirurgião e elementos da equipe como por exemplo a comunicação deficiente na sala de operações que é apontada como um factor que influencia o resultado cirúrgico. A privação de sono estudada por Taffinder *et al*, que representa uma taxa acrescida em cerca de 20% na ocorrência de erro e cerca de 14% no tempo de demora numa tarefa de simulação quando os estagiários estão uma noite em serviço de urgência. O ruído que pode aumentar as dificuldades de comunicação, aumentar os níveis de stress e afectar as habilidades técnicas da maior complexidade. A inexperiência ou falta de treino do cirurgião, referida num estudo canadense, influenciam o resultado cirúrgico, aumentando os fracos resultados a nível de um maior número de recidivas de cancro e diminuição da sobre-vida dos doentes.

Neste seguimento é necessário esmiuçar o “perfil da operação” que representa toda a gama de factores envolvidos no resultado cirúrgico no peri-operatório. O resultado do cuidado nos serviços de saúde, como anteriormente referido por Donabedian, é influenciado por aspectos estruturais do sistema e por aspectos do processo. Vicent *et al* (2004), referem-se aos aspectos de estrutura, o pessoal, o meio ambiente e as infra-estruturas e do processo os procedimentos realizados e a qualidade dos cuidados. A “Perfil de Operação” centra-se principalmente em descrever o processo.

Vicent *et al* (2004), analisam, conforme descrito no quadro 7, os principais factores que contribuem para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Aqui são avaliados os factores relacionados com o contexto institucional, os factores relacionados com o contexto



organizacional e de gestão, os factores do ambiente de trabalho, da equipe cirúrgica, os factores individuais, os factores da tarefa e os factores do paciente.

<i><b>Tipos de factores</b></i>	<i><b>Factores contributivos influenciadores</b></i>
<b>Contexto institucional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contexto económico e regulador</li> <li>• Serviço nacional de saúde</li> <li>• Regimes instituídos para a negligência clínica e promotores da confiança</li> </ul>
<b>Factores organizacionais e de gestão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos e limitações financeiras</li> <li>• Estrutura organizacional</li> <li>• Políticas normativas e objectivos da gestão</li> <li>• Cultura de segurança e prioridades</li> </ul>
<b>Factores ambientais de trabalho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diversidade de qualificações e competências do pessoal</li> <li>• Carga laboral e padrões de mudança</li> <li>• Design, disponibilidade e manutenção de equipamentos</li> <li>• Apoio administrativo e de gestão</li> </ul>
<b>Factores de Equipa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação verbal</li> <li>• Comunicação escrita</li> <li>• Supervisão e procura de ajuda</li> <li>• Estrutura da equipa (consistência, liderança, etc.)</li> </ul>
<b>Factores individuais (pessoal)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento e habilidades técnicas</li> <li>• Competência</li> <li>• Estado de saúde física e mental</li> </ul>
<b>Factores de Tarefas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delineamento de tarefas e a clareza da estrutura</li> <li>• Disponibilidade e uso de protocolos</li> <li>• Disponibilidade e precisão de resultados de testes</li> </ul>
<b>Factores do Paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado de saúde (complexidade e gravidade)</li> <li>• Linguagem e comunicação</li> <li>• Factores de personalidade e condição social</li> </ul>

*Quadro 7. Factores que influenciam a prática clínica (Vicent et al, 2004, p. 478)*

Os cinco últimos factores descritos anteriormente, factores do paciente, factores de tarefas, factores individuais, a equipe operacional e o ambiente de trabalho, são avaliados no “perfil de operação” desenvolvido por Vicent *et al* (2004), conforme descrito no quadro 8. Os dois primeiros factores, ou factores de alto nível, o contexto institucional e de organização e gestão não podem ser avaliados directamente no “perfil de operação”

<i><b>Tipos de factores</b></i>	<i><b>Influência nos factores</b></i>
<b>Factores do paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Queixa principal</li> <li>• Existência de mais de um processo de doença</li> <li>• ASA, BMI, idade e outras informações clínicas relevantes</li> </ul>
<b>A equipe cirúrgica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pessoal</li> <li>• Experiência de trabalhar juntos anteriormente</li> <li>• Familiaridade com o procedimento</li> <li>• Fadiga, perda de sono, estresse, etc</li> </ul>
<b>Processos e procedimentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestão adequada de notas</li> <li>• Consentimento e preparação</li> <li>• Procedimentos anestésicos</li> </ul>
<b>Eventos operatórios chave</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda de sangue</li> <li>• Pequenas e grandes complicações</li> <li>• Reparação e compensação pelos erros</li> </ul>
<b>Fluxo de informação para o paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformidade das notas e do consentimento</li> <li>• Comunicação específica no intra-operatório</li> <li>• Entrega de informação</li> </ul>
<b>Habilidades técnicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliações de boas práticas de cirúrgica geral</li> <li>• Avaliações das etapas específicas da operação</li> <li>• Identificação de erros técnicos específicos</li> </ul>
<b>Desempenho e liderança da Equipe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liderança</li> <li>• Coordenação entre os membros da equipe</li> <li>• Vontade em procurar aconselhamento e ajuda</li> <li>• Agilidade e flexibilidade</li> </ul>
<b>A tomada de decisão e a percepção da situação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitações do paciente</li> <li>• Limitações da operação</li> <li>• Limitações do cirurgião</li> <li>• Limitações da equipa</li> </ul>
<b>O ambiente cirúrgico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidade e adequação do equipamento</li> <li>• Disponibilidade de notas e registos</li> <li>• Ruído e iluminação</li> <li>• Distrações</li> </ul>
<b>Interrupções</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Telefonemas, mensagens, eventos fora da sala de operações, etc</li> </ul>

*Quadro 8.* Principais Características do “perfil de operação” (Vicent *et al*, 2004, p. 479)

Vicent *et al* (2004), referem-se à informação clínica standard e aos factores de risco como factores do paciente. Os processos e procedimentos básicos da operação são auditados para detectar eventos cirúrgicos relevantes e omissões. Os eventos operatórios chave são

gravados e complementados com a informação clínica, assim como para definir se é uma situação de rotina. São realizadas avaliações mais refinadas às comunicações específicas do intra-operatório e dos elementos técnicos específicos. Tanto em cirurgia como em outras áreas de alto risco, os estudos não evidenciam qualquer primazia na avaliação do comportamento por escalas ou por “marcadores de comportamento”, sendo utilizadas ambas as abordagens.

Segundo Vicent *et al* (2204), actualmente são focadas principalmente as habilidades cirúrgicas, no entanto devem ser incluídas a enfermagem e a anestesia. A avaliação de desempenho da equipe está num estado embrionário, devendo ser desenvolvidas ferramentas de medida tendo em conta a especificidade do bloco operatório. Por último, a avaliação de alguns aspectos conhecidos no ambiente cirúrgico, interferem com o desempenho das tarefas na sala de operações.

Por sua vez, Mishra, *et al* (2009), realizaram um estudo onde desenvolveram um método de avaliação para medir o funcionamento do trabalho em equipa na sala de operações. Este método denominado por “Oxford Non-Technical Skills (NOTECHS)” foi desenvolvido a partir de um instrumento de avaliação das habilidades não técnicas da aviação. Foi um trabalho realizado com a colaboração das equipas de cirurgiões, anestesistas e enfermeiros, antes e depois do treino em equipa e que reflecte a complexidade do trabalho em equipa na sala de operações.

Consideram a sala de operações como o local mais comum para a ocorrência de eventos adversos dentro das instituições hospitalares, uma vez que representa um ambiente complexo e onde a competência, a tecnologia e os recursos exigem uma melhor coordenação e rapidez. Esta combinação de factores já foi observada em equipas de trabalho em outros ambientes complexos de alto risco e já tem sido efectuadas analogias entre as outras indústrias e os cuidados cirúrgicos, apoiado pela análise da relação entre eventos adversos potenciais e a deficiência no comportamento e coordenação das equipas de trabalho.

Neste sentido, para Mishra *et al* (2009), é essencial medir o trabalho em equipa e a qualidade da comunicação para investigar a importância das habilidades não técnicas na influência da qualidade e segurança dos cuidados de saúde na sala de operações.

Eles orientaram a sua própria investigação no sentido de construir uma escala NOTECHS, baseada no extenso trabalho desenvolvido na aviação para avaliar o comportamento da equipe operacional na sala de operações em relação aos eventos adversos no intra-operatório, dos processos e dos resultados, no entanto eles relembram que os trabalhos da aviação não podem ser aplicados directamente na cirurgia. Uma vez que, na aviação, a escala foi desenvolvida para fazer face às exigências de formação e avaliação do

trabalho de equipa assim como a competência cognitiva dos seus profissionais. Neste sentido a escala está dividida em quatro áreas comportamentais: - liderança e gestão; trabalho em equipa e cooperação; resolução de problemas e tomada de decisão e por fim, percepção da situação.

O estudo de Mishra *et al* (2009), também contemplava avaliar o efeito de treino de segurança da aviação na intervenção das equipas operacionais na sala de operações em cirurgias específicas. A intervenção de treino foi elaborada e realizada por dois pilotos da aviação civil e constou de palestras, exercícios interactivos, como a ameaça e gestão de erros, personalidade, estilos de comunicação, resolução de conflitos e percepção da situação. Depois da formação a escala foi testado e utilizada num hospital de Oxford.

Na discussão final do estudo, Mishra *et al* (2009), referem que a escala NOTECHS apresenta excelente confiança entre os observadores, detecta as melhorias nas competências não técnicas, após o treino específico e está de acordo com as melhorias observadas em relação à atitude do trabalho em equipa.

Por sua vez, a WHO (2010, p. 143), propõe a utilização de "Uma medida simples do resultado do doente cirúrgico que pode dar o "feedback" imediato aos prestadores sobre a situação do doente após a cirurgia é o Índice de Apgar Cirúrgico". Este índice consiste num sistema de dez pontos tendo em conta três parâmetros de dados intra-operatórios que são a quantidade de sangue perdido durante o acto cirúrgico, o valor da frequência cardíaca mais baixa e o valor mais baixo da tensão arterial média.

O Índice de Apgar Cirurgico possibilita uma avaliação rápida, fornecendo informação instantânea sobre como uma operação decorreu, através da avaliação da situação do doente no final da cirurgia, de zero a dez. Nesta avaliação do índice o zero corresponde a grande perda de sangue, frequência cardíaca elevada ou assistolia e hipotensão acentuada e o valor dez corresponde a perda reduzida de sangue, tensão arterial normal e uma frequência cardíaca fisiologicamente normal ou baixa.

### 3.2.1. As orientações da OMS para a segurança cirúrgica

A Organização Mundial de Saúde confrontada com a evidência mundial de danos na saúde pública devido à deficiente segurança dos doentes, aprovou em 2002 uma resolução no sentido de encorajar os países a intensificarem a segurança dos cuidados de saúde e a implementarem sistemas de monitorização. Também, a própria WHO (2009), ficou

responsável por assumir um papel de liderança na formulação de normas e padrões globais, assim como apoiar os respectivos países na elaboração de políticas e práticas de segurança para o doente.

Em Outubro de 2004, a OMS criou a “*Aliança Mundial para a Segurança do Paciente*” em resposta à resolução da Assembleia Mundial da Saúde decorrida em Maio desse ano, no sentido de melhorar a segurança global do paciente. Nesse mesmo ano os chefes das agências, os decisores políticos e os grupos de pacientes de todo mundo reuniram-se com o objectivo de “first, do no harm” e reduzir as consequências negativas dos cuidados de saúde inseguros.

O objectivo da OMS para a segurança dos doentes consiste em promover políticas e práticas de segurança para o doente, e neste sentido a OMS está a concentrar as suas acções em campanhas de segurança como a “*Global Patient Safety Challenge*”, “*coordinating Patients for Patient Safety*”, desenvolvimento de uma taxonomia padrão, desenvolver ferramentas para avaliação e investigação, indicar soluções para a segurança do paciente e desenvolver relatórios e iniciativas de aprendizagem que visem a produção de orientações de “melhores práticas” (WHO, 2009).

Um elemento chave do trabalho da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente é a formulação de “*Global Patient Safety Challenges*” e com este intuito, a cada dois anos é lançado um desafio para estimular o compromisso global dos países membros e desenvolver acções sobre a questão da segurança dos pacientes (WHO, 2008).

A área de intervenção escolhida pela OMS para a primeira campanha decorrida em 2005/2006, foi a infecção associada aos cuidados de saúde. Esta campanha era simples, baseada na elaboração de normas claras para a lavagem das mãos e contemplando um cariz educacional com a apresentação das primeiras orientações da lavagem das mãos nos cuidados de saúde.

A área seleccionada pela OMS para a segunda campanha da “*Global Patient Safety Challenge*” em 2007/2008 foi a segurança dos cuidados cirúrgicos e a elaboração das orientações para a segurança cirúrgica. Esta campanha foi denominada por “*Safe Surgery Saves Lives*”.

Segundo a WHO (2009), há pelo menos quatro desafios para melhorar a segurança cirúrgica do paciente. Primeiro, a segurança cirúrgica não tem sido reconhecida como um problema relevante de saúde pública. Segundo, a falta de dados básicos na maioria dos países membros da OMS e os poucos dados existentes em alguns países não estão padronizados, variando muito os registos dos diversos tipos de procedimentos. Terceiro, a prática actual de segurança não parece ser utilizado de forma fiável em qualquer país membro da OMS. Quarto

e último, a segurança cirúrgica esbate-se com a complexidade dos procedimentos cirúrgicos. “Mesmo os procedimentos mais simples envolvem dezenas de etapas críticas, cada uma com uma oportunidade para o fracasso e potenciais danos para o paciente” (WHO, 2009, p. 3), desde a identificação correcta do paciente, a localização correcta da cirurgia, a esterilização de equipamentos, e a administração segura da anestesia.

A meta da OMS para Cirurgias Seguras, cujo desafio “Safe Surgery Saves Lives” é “melhorar os cuidados cirúrgicos em todo o mundo definindo um conjunto de normas de segurança que podem ser aplicadas em todos os países e configurações cirúrgicas” (WHO, 2009, p. 4). Neste sentido foram criados grupos de trabalho envolvendo peritos internacionais das áreas de cirurgia, anestesia, enfermagem, epidemiologia, doenças infecciosas, sistemas de saúde, engenharia biomédica e melhoria da qualidade, assim como os próprios pacientes para chegarem a um consenso sobre as práticas de segurança cirúrgica em quatro áreas: - trabalho em equipa, anestesia, prevenção de infecções no local cirúrgico e medição dos serviços cirúrgicos (WHO, 2008).

- (i) Equipa cirúrgica segura. O trabalho em equipa é a essência do funcionamento eficaz de todos os sistemas envolvendo várias pessoas. Na sala de operações onde estão vidas em jogo e onde a tensão pode ser elevada é essencial o trabalho em equipa para uma prática segura. Melhorar as características da equipa bem como a comunicação entre os seus membros reduz os danos no paciente.
- (ii) Anestesia Segura. As complicações devidas à anestesia representam uma causa importante na mortalidade cirúrgica global. A implementação e acompanhamento de normas de segurança, reduziu significativamente as mortes evitáveis bem como as incapacidades nos países desenvolvidos.
- (iii) Prevenção da infecção no local cirúrgico. As infecções cirúrgicas representam uma das mais frequentes causas de complicações cirúrgicas graves. Os estudos demonstram que a administração de antibioterapia uma hora antes da incisão, bem como a ineficaz esterilização dos instrumentos cirúrgicos, continuam a ter falhas de consistência na prática dos cuidados cirúrgicos.
- (iv) Medição dos serviços cirúrgicos. Para a OMS um dos principais problemas da segurança cirúrgica foi a falta de dados básicos. Por isso a vigilância de rotina para avaliar e medir os serviços cirúrgicos devem ser incrementados nos sistemas de saúde pública para garantir a segurança dos cuidados cirúrgicos.

Nestas reuniões foi reconhecido que a segurança do paciente em cirurgia exige a execução de múltiplas etapas credíveis e necessárias ao atendimento, não só pelo cirurgião

mas por toda a equipe de saúde que trabalha em prol do paciente. Neste sentido, a WHO (2009), destaca três exemplos de particular relevância: - a transformação do risco durante a anestesia, o “time out” ou “pausa cirúrgica” e a utilização de uma “checklist” como linha central de orientação.

Quanto à transformação do risco durante a anestesia, a OMS refere que a anestesia é perigosa para os pacientes de diversas maneiras entre as quais o risco de hipoxia devido à depressão respiratória, o risco de lesão para controlar as vias aéreas, a aspiração, a alteração da tensão arterial, a alteração da frequência cardíaca, as reacções e interacções medicamentosas, etc. Mas uma abordagem sistemática nos países industrializados nas últimas duas décadas, em identificar e resolver falhas nos cuidados de anestesia resultou numa diminuição significativa e sustentada dos riscos na anestesia (WHO, 2009).

Para este sucesso contribuíram as lições retiradas das áreas da aviação, energia nuclear e das empresas de alta segurança que identificaram cinco pontos-chave que definem a sua alta performance, ou seja, a preocupação com o fracasso, a relutância em simplificar as interpretações, sensibilidade à operação e compromisso com a resiliência e deficiência para a perícia. Neste sentido os peritos na anestesia começaram por reconhecer o erro humano e a investigar detalhadamente os incidentes individuais e a enumerar uma lista de factores contributivos, dos quais destacamos a inadequada experiência, familiaridade inadequada com os equipamentos de anestesia, comunicação inadequada com os elementos da equipe, pressa, desatenção, fadiga e design inadequado do equipamento.

Para colmatar estes pontos críticos da segurança foram concebidos sistemas melhorados de cuidados em anestesia. Foram elaboradas normas específicas para anestesia como por exemplo nunca deixar um paciente sozinho, acompanhar sempre os sinais vitais mínimos estabelecidos. Desenvolveram-se padrões tecnológicos e de design na produção de aparelhos e equipamento de anestesia, como por exemplo mostradores padronizados, válvulas de segurança nos gases anestésicos para evitar administrações acidentais, controles de segurança foram introduzidos para a concentração de oxigénio manter-se acima da percentagem do ar ambiente e mais recentemente foram introduzidos como essenciais em anestesia os oxímetros de pulso e capnógrafos. Destas mudanças introduzidas na anestesia resultou, na última década, uma diminuição de 95% da taxa de mortalidade global associada à anestesia geral nos países industrializados, ou seja reduziu de um caso em 5000 para um caso em 200000 pacientes.

Quanto ao “time out” ou “pausa cirúrgica”, foi introduzido como um componente padrão dos cuidados cirúrgicos nos EUA e outros países industrializados, é definido como um

momento de pausa na sala de operações, menos de um minuto, imediatamente antes da incisão, em que todos os elementos da equipe operacional, cirurgiões, anestesiistas, enfermeiros e qualquer outra pessoa envolvida, confirmam verbalmente a identidade do paciente, o local da cirurgia e do procedimento a ser realizado. Este componente dos cuidados cirúrgicos é considerado um meio de garantir uma comunicação eficaz entre os membros da equipe e evitar erros e a ocorrência de eventos adversos no paciente. Em alguns países a implementação desta pausa foi mais alargado tendo sido acrescentada a discussão de detalhes críticos da operação pelos membros da equipe assim como a escolha antibiótica a temperatura adequada das salas e a avaliação da glicemia (WHO, 2009).

Para a utilização da “checklist” como linha central de orientação a WHO (2009), mostra um estudo na Universidade Johns Hopkins, nos EUA, que demonstrou um sucesso considerável na redução de complicações decorrentes da colocação de um cateter central por via intravenosa recorrendo à aplicação de uma checklist limitada de etapas cirúrgicas. E a utilização desta lista na colocação de cateteres centrais em 67 hospitais reduziu num período de três meses a taxa de infecções em cerca de dois terços e 4% a taxa de infecção nos cuidados intensivos intermédios. Segundo o estudo, em dezoito meses salvaram-se 1500 vidas e pouparam-se aproximadamente 200 milhões de dólares.

A WHO (2009), apresentou um programa, “Safe Surgery Saves Lives”, que tem como objectivo melhorar a segurança dos cuidados cirúrgicos e reduzir o número de mortes e complicações em cirurgia, incidindo em torno de quatro formas específicas. Primeiro, fornecer a médicos, administradores hospitalares e a funcionários de saúde pública informações sobre o papel e os padrões de segurança cirúrgica na saúde pública. Segundo, definir um conjunto mínimo de medidas uniformizadas, ou “estatísticas cirurgias vitais”, de vigilância nacionais e internacionais de cuidados cirúrgicos. Terceiro, identificar um conjunto mínimo e simplificado de normas de segurança cirúrgica que são aplicáveis em todos os países e ambientes cirúrgicos, sendo por sua vez compilados numa lista de verificação para utilização em salas de operações. Quarto, testar a lista de verificação de segurança cirúrgica e instrumentos de vigilância em locais piloto em todas as regiões da OMS e de seguida divulgar a lista de verificação para os hospitais de todo o mundo.

Ainda na esfera deste programa foi elaborada uma lista de verificação para ser usada por profissionais que se preocupam com a promoção da segurança e melhoria da qualidade dos serviços cirúrgicos. Esta lista de verificação vem reforçar as práticas de segurança de cuidados intra-hospitalares e garantir benefícios nas etapas de pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório. A verificação da sequência de acontecimentos de rotina nas três fases de



actuação permite esmiuçar os riscos específicos a cada uma delas e intervir conforme aportado a seguir (WHO, 2009):

- (i) Fase pré-operatória: confirmação da identidade do paciente, do local da cirurgia e da operação a ser realizada, a obtenção do consentimento informado, a verificação do equipamento de anestesia e a disponibilidade de medicamentos de emergência, assim como uma adequada preparação para os eventos possíveis na fase intra-operatória.
- (ii) Fase intra-operatória: uso adequado e criteriosos de antibióticos, disponibilidade de imagens essenciais para a cirurgia, monitorização adequada do paciente, trabalho em equipa eficiente, juízos anestésicos e cirúrgicos competentes, técnica cirúrgica meticulosa e uma boa comunicação entre cirurgiões, anestesistas e enfermeiros.
- (iii) Fase pós-operatória: um plano de cuidados claro, compreensão correcta dos eventos da operação e um compromisso de monitorização de alta qualidade para melhorar o sistema de segurança cirúrgica e melhorar os resultados.

Ainda para um melhoramento através deste programa, “Safe Surgery Saves Lives”, há também, necessidade de pessoal bem treinado, recursos de funcionamento adequados, como por exemplo a iluminação, a esterilização de equipamento e uma monitorização e garantia da qualidade contínua (WHO, 2009).

Os quatro grupos de trabalho da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, definiram dez objectivos basilares que devem ser cumpridos por toda a equipa cirúrgica em todos os procedimentos cirúrgicos, conforme enunciados no quadro 9 (WHO, 2008).

<b>Objectivo 1.</b>	A equipa irá operar o paciente correcto no local correcto.
<b>Objectivo 2.</b>	A equipa irá usar métodos já conhecidos para evitar danos na administração de anestésicos, protegendo o paciente da dor.
<b>Objectivo 3.</b>	A equipa irá reconhecer e preparar eficazmente para o risco de vida na perda de funções das vias aéreas e respiratórias.
<b>Objectivo 4.</b>	A equipa irá reconhecer e preparar eficazmente para o risco perda elevada de sangue
<b>Objectivo 5.</b>	A equipa irá evitar a indução de uma reacção alérgica ou reacções adversas a drogas conhecendo o risco significativo do paciente.
<b>Objectivo 6.</b>	A equipa irá utilizar sistematicamente métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção do local cirúrgico.
<b>Objectivo 7.</b>	A equipa irá impedir a retenção inadvertida de esponjas ou instrumentos de feridas cirúrgicas.
<b>Objectivo 8.</b>	A equipa irá proteger e identificar com precisão todos os espécimes cirúrgicos.
<b>Objectivo 9.</b>	A equipa irá comunicar de forma eficaz e trocar informações críticas acerca do paciente para a condução segura da operação.
<b>Objectivo 10.</b>	Os hospitais e os sistemas de saúde pública vão estabelecer uma vigilância de rotina da capacidade cirúrgica, volume e resultado.

*Quadro 9. Objectivos basilares para todos os procedimentos cirúrgicos (WHO, 2008, p. 15)*

Os objectivos básicos para todos os procedimentos cirúrgicos, apresentados no quadro 10, foram resumidos numa lista de verificação de segurança cirúrgica de uma única página para ser utilizada pelos profissionais de saúde e garantir que as normas de segurança são executadas.

Segundo o “Observatório para la Seguridad del Paciente”, da “Junta de Andalucia” (2009, p. 3), a Lista de verificação de Segurança Cirúrgica, é “una herramienta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables”. O seu desenvolvimento foi orientado por três princípios: - a simplicidade, a ampla aplicabilidade e a mensurabilidade. Segundo a WHO (2008), a lista é uma ferramenta simples e prática que qualquer equipa cirúrgica pode utilizar para garantir que as fases do pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório são executadas de forma oportuna e eficaz.

A Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica (anexo A) divide-se em três fases, correspondendo cada uma a um momento específico do decurso normal de um procedimento cirúrgico. Estas fases são:

“Sign In”, corresponde ao período anterior à indução anestésica. Antes da indução anestésica o coordenador da lista irá verificar verbalmente com o paciente a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento cirúrgico e o consentimento informado. Vai confirmar visualmente se o local da cirurgia está marcado e confirmar verbalmente com o anestesista se existe risco de perda de sangue, dificuldades respiratórias, alergias, assim como se a verificação de segurança do equipamento de anestesia e medicamentos foi executada e concluída.

“Time Out”, corresponde ao período após a indução e antes da incisão cirúrgica. O coordenador vai confirmar verbalmente em voz alta se é o paciente correcto, o local da cirurgia e o procedimento cirúrgico. Os elementos da equipa fazem uma revisão dos elementos críticos previsíveis e confirmam se foi administrado antibiótico profilático nos últimos 60 minutos.

“Sign Out”, corresponde ao período durante ou imediatamente após o encerramento da ferida. O coordenador confirma o procedimento, a contagem correcta de compressas, instrumentos e agulhas, confirma a identificação correcta de espécimes para análise. Por fim toma nota do mau funcionamento de equipamentos e das questões que precisam ser abordadas.

## **CAPÍTULO 4. O BLOCO OPERATÓRIO COMO LOCAL DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE**

O bloco operatório esteve, desde o início da sua história, sempre associado à história da cirurgia, às descobertas de infecção microbiana e aos conceitos de propagação de infecção, sobressaindo a importância de controlo de infecção e isolamento do doente cirúrgico (Bilbao, in Associação dos Enfermeiros de sala de Operações Portuguesas [AESOP], 2006).

Os blocos operatórios após a 1ª Guerra Mundial constituíram-se como serviços independentes, primeiro com uma ou duas salas de operações, mas já com referência a circuitos e a interligações com os serviços. Mais tarde, com a evolução tecnológica e científica surgiu a filosofia de blocos operatórios centralizados com várias salas cirúrgicas e vários departamentos, considerando o bloco operatório uma zona protegida onde se prestam cuidados de saúde a doentes de alto risco com necessidade de barreiras de isolamento (Bilbao, in AESOP, 2006).

A evolução tecnológica dos últimos anos também veio revolucionar as técnicas cirúrgicas e anestésicas levando a modificações na forma de fazer diagnósticos, tratamentos e prestação de cuidados no bloco operatório (Bilbao, in AESOP, 2006).

Ainda segundo Bilbao (in AESOP, 2006), a organização e funcionamento interno de um bloco operatório tem sido tema de diversos estudos cujos resultados vieram influenciar de uma forma indubitável a procura de soluções arquitectónicas para uma melhor eficiência no funcionamento e uma maior interacção entre a organização e a arquitectura do bloco operatório.

Actualmente o bloco operatório é descrito como sendo “uma unidade orgânico-funcional autónomo, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésicos/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objectivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida” e a sala de operações é considerada a “unidade imobiliária e mobiliária destinados às intervenções cirúrgicas” (Bilbao, in AESOP, 2006, p. 20).

#### 4.1. ISOLAMENTO E CIRCUITOS NO BLOCO OPERATÓRIO

O bloco operatório é constituído por um conjunto de vários locais onde se desempenham as actividades relacionadas com o acto cirúrgico, reunidos numa mesma unidade imobiliária e que funciona de forma autónoma. As actividades relacionadas com o acto cirúrgico podem ser a sala de operações, a sala de indução anestésica, a sala de desinfecção, a sala de esterilização de apoio, entre outros (Bilbao, in AESOP, 2006).

Graham (in Manley & Bellman, 2003, p. 283) referem que “O Bloco Operatório deve estar isolado das zonas mais movimentadas do Hospital.” e que deve estar numa zona próxima às salas de recuperação e de fácil acesso aos serviços centrais como imagiologia, serviço de sangue e cuidados intensivos. O fluxo de pessoas, materiais e doentes deve estar assegurado de forma que esteja excluída qualquer forma de contaminação de fora para dentro do bloco operatório, assim como deve existir de uma forma clara a distinção entre áreas limpas e áreas contaminadas.

Por sua vez, Bilbao (in AESOP, 2006, p. 22), diz que a localização do bloco operatório deve ser numa área isolada da circulação geral do hospital, no entanto deve ser próxima ao serviço de urgência, à central de esterilização, aos serviços de apoio e internamentos cirúrgicos, deve estar localizado numa zona que evite “a circulação de pessoal, utentes e materiais alheios ao bloco”. Simultaneamente o bloco operatório deve estar desenhado e organizado de forma a facilitar o fluxo interno e externo de doentes, pessoal e material nas diferentes áreas distintas definidas para o bloco operatório segundo as actividades específicas de cada uma delas:

- (i) Área livre. Esta área pode ser interpretada como a área onde as circulações não estão limitadas. É uma área que pode ser usada para fardamento e que abrange a recepção e acolhimento de doentes pessoal e materiais.
- (ii) Área semi-restrita. Nesta área a circulação é restrita aos profissionais e doentes, podendo no entanto ser alargada a familiares dos doentes. É uma área da qual fazem parte as áreas de suporte às salas de operações como por exemplo armazéns de material limpo e esterilizado, salas de trabalho, gabinetes e corredores de acesso às áreas restritas. Nesta área os profissionais, familiares e visitantes devem usar o fardamento do bloco operatório, os cabelos protegidos e calçado antiestático.
- (iii) Área restrita. Desta área fazem parte a sala de operações, a sala de indução anestésica, sala de desinfecção e sala de apoio de material esterilizado anexo a

sala de operações. Nesta área é obrigatório o uso de máscara cirúrgica desde que esteja material estéril aberto ou profissionais equipados com vestimenta estéril (Bilbao, in AESOP, 2006).

A organização de um bloco operatório também deve atender ao estabelecimento da “regra de Assepsia progressiva” (Bilbao, in AESOP, 2006, p. 23). Esta regra vai estabelecer os princípios que definem a sala de operações como um ambiente limpo e os espaços reservados ao público como ambientes sujos, assim como, vai determinar o fluxo controlado, limitado e com barreiras ao bloco operatório para pessoal, doentes e materiais.

A arquitectura de um bloco operatório deve considerar “Entradas independentes para doentes e material” (Decreto Regulamentar nº 63/94 de 2 de Novembro, Anexo III, alínea 1.7), para Bilbao (in AESOP, 2006) os circuitos de pessoas, doentes e materiais devem ser considerado das zonas menos limpas para as mais limpas e a circulação de ar das zonas mais limpas para as menos limpas

Na determinação do circuito do doente para o bloco operatório, dentro do bloco operatório e do bloco operatório para o internamento é importante estabelecer a forma como o doente é transportado do internamento para o bloco operatório, o tipo de transfer utilizado para a passagem do doente, o local onde será realizado a passagem do doente á entrada e saída do bloco operatório, a sala onde será efectuada a indução anestésica, o local e o tipo de recobro segundo as intervenções cirurgicas, a forma como será transferido o doente da sala de operações para o recobro, a forma como será transportado novamente para o internamento e por último o local e a forma como será limpa da cama hospitalar (Bilbao, in AESOP, 2006).

Na determinação do circuito do pessoal é indispensável determinar os locais e os procedimentos para a mudança de roupa para entrar e sair no bloco operatório com separação de homens e mulheres e o tipo de circuitos simples ou duplos (Bilbao, in AESOP, 2006). O Decreto Regulamentar nº 63/94 de 2 de Novembro, reforça que os vestiários de pessoal devem ter uma ligação independente à zona operatória.

Para o circuito dos materiais é necessário designar o local e processos de controlo de materiais fornecidos ao bloco quanto a armazenamento e recepção de material esterilizado, fornecimento geral de material e separação de acordo com o tipo de material. Também é fundamental estabelecer a forma de tratamento e acondicionamento de material sujo quanto a descontaminação, lavagem e empacotamento, a forma como é transferido para locais de processamento e por último a forma como são tratados e acondicionados os lixos produzidos no bloco operatório de acordo com o seu tipo (Bilbao, in AESOP, 2006).

## 4.2. ARQUITECTURA DO BLOCO OPERATÓRIO

Os blocos operatórios estão localizados em zonas distintas na maioria dos hospitais, no entanto, segundo Gruendemann (citado por Bilbao, in AESOP, 2006, p. 24) o desenho de um bloco operatório deve ser elaborado de forma a atingir “os seguintes objectivos:

- Ter acesso rápido;
- Separar circuitos de tráfico;
- Minimizar distâncias de circulação.”

O desenho de um bloco operatório também é diferente de hospital para hospital consoante se foi um bloco construído de raiz, se foi adaptado a estruturas já existentes ou se foi remodelado após a sua construção e ainda qual o modelo ou escola que esteve na base da sua construção. Os modelos arquitectura do bloco operatório diferenciam entre si essencialmente quanto ao tipo de corredor. Persistindo no pensamento de Bilbao (in AESOP, 2006), o modelo da escola inglesa o desenho do bloco operatório consiste num corredor duplo com isolamento do material sujo, é um modelo mais antigo e de eficácia não comprovada quanto à necessidade de um circuito de material contaminado independente. A escola alemã e alguma norte-americana segue o modelo, mais actual, de corredor duplo com isolamento do material limpo/estéril, mas exige normas para a circulação do material sujo e uma separação e uma disciplina clara por parte dos profissionais. A escola mais seguida nos Estados Unidos é o modelo do corredor duplo com núcleo central asséptico, é um modelo que pressupõe uma separação clara do circuito do doente do circuito do material. Neste modelo os doentes circulam por um corredor externo, ou seja entram e saem do bloco operatório pelo corredor externo e uma grande área central está destinada para zona de trabalho do pessoal e ao armazenamento de material esterilizado.

Segundo a WHO (2010, p. 138) uma sala de operações é definida “como uma sala fechada especificamente dedicada a procedimentos cirúrgicos e equipada para oferecer acompanhamento de anestesia”. No entanto, a sala de operações moderna segundo Aitkenhead & Smith (1990, citado por Graham, in Manley & Bellman, 2003, p. 284) “deve incluir:

- Medidas que assegurem a segurança dos doentes e dos profissionais
- Serviços para equipamento cirúrgico e anestésico
- Medidas de controlo ambiental para reduzir o risco de infecção por via aérea
- Iluminação artificial que se adequa às necessidades do cirurgião e do anestesista”

Assim como, também deve estar assegurada a preparação de mesas de instrumentos, a limpeza de instrumentos e a limpeza da sala de operações.

O modelo típico de uma sala de operações é de forma rectangular e deve ocupar uma área de cerca de 45 m<sup>2</sup> (Graham, in Manley & Bellman, 2003), no entanto Bilbao (in AESOP, 2006) refere que o tamanho da sala de operações varia conforme as valências a que se destina, mas a área mínima recomendada é de 36 m<sup>2</sup>, este valor está reforçado pelo Decreto Regulamentar nº 63/94 de 2 de Novembro que estabelece no seu anexo III os requisitos mínimos de instalações e equipamentos para os blocos operatórios nas unidades privadas de saúde, assim estabelece como área para a sala de operações 36 m<sup>2</sup> e largura de 5,5 m se existir a valência de obstetrícia a dimensão da sala de operações deve ser de 30 m<sup>2</sup> e 5 m de largura, no entanto é importante reforçar que estas áreas são as mínimas a considerar e “não têm em linha de conta a proliferação de equipamento que se utiliza durante a cirurgia. Este tende a aumentar cada vez mais, pelo que as recomendações actuais das áreas das Salas de Operações são sempre superiores” (Bilbao, in AESOP, 2006, p. 26).

As salas de indução anestésica, segundo Graham (in Manley & Bellman, 2003), são uma referência no Reino Unido, mas não em muitos países. Segundo o autor, esta sala permite uma indução tranquila do doente num ambiente mais adequado, dado que o doente já está na maioria das vezes vulnerável e ansioso e acrescenta que “A sala de anestesia destina-se a apoiar o doente antes da cirurgia. Por isso esta zona do Bloco deve ser silenciosa e tranquila.” considerando que, “Ter uma sala de anestesia também permite aumentar a rentabilidade do Bloco, pois enquanto um anestesista pode estar a induzir a anestesia, outro pode estar a recuperar o doente anterior da anestesia e a retirá-lo da mesa de operações.” (Graham, in Manley & Bellman, 2003, p. 284). O Decreto Regulamentar nº 63/94 de 2 de Novembro, no ponto 1.3 do anexo III, acrescenta que, quando houver a sala de indução anestésica esta deve ter a área de 14 m<sup>2</sup> e a largura de 3,5 m.

A sala de recobro ou Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA), segundo Dodge, Jensen e Rice (1987) citado por Graham (in Manley & Bellman, 2003, p. 285), para um doente na fase de recuperação da cirurgia é importante que tenha um ambiente físico e psicológico ideal, “Isto inclui a existência de equipamento de monitorização e de emergência e de condições que assegurem, a título permanente, a segurança física e o conforto emocional.” Segundo o mesmo Decreto Regulamentar nº 63/94 de 2 de Novembro a UCPA deve ter a área de 24 m<sup>2</sup> e a capacidade de um número de camas inferior ao número de sala de operações e sempre que o número de camas seja superior a duas haverá um acréscimo de 8 m<sup>2</sup>/cama. Segundo o mesmo Decreto a UCPA poderá ficar fora do bloco operatório em zona



anexa e no mesmo piso. Bilbao (in AESOP, 2006), acrescenta que o espaço entre cada cama é de 1,5 m e entre a cama e as paredes adjacentes de 1,2 m e deve prever o isolamento e cortinas para individualização entre os doentes.

O bloco operatório deve ter uma zona de desinfecção do pessoal, uma sala de trabalho de enfermagem (Decreto Regulamentar nº 63/94 de 2 de Novembro) e uma ou mais salas de armazenamento de material e equipamento para que os corredores fiquem livres. Os corredores devem ter uma largura mínima de 2 m de largura destinados à circulação de camas e macas. As portas devem ser de correr ou de batente. O chão deve ter capacidade suficiente de condução eléctrica para dissipar a electricidade estática do pessoal e do equipamento. Tanto o chão como as paredes e o tecto devem ser constituídos de material duro e não poroso, resistente ao fogo, impermeáveis, sem gretas e de fácil limpeza e lavagem (Bilbao, in AESOP, 2006).

O nível de iluminação geral na sala de operações é de importância vital quer para o cirurgião quer para o anestesista, para poderem avaliar a coloração da pele. O sistema de iluminação deve ser colocado no tecto por cima da mesa de operações (Graham, in Manley & Bellman, 2003), e deve ter intensidade perezida à luz do dia e sem sombras, ser de fácil limpeza, produzir o mínimo de calor, ser à prova de faíscas e ajustar-se facilmente em qualquer ângulo ou posição (Bilbao, in AESOP, 2006).

O bloco operatório deverá ter um gerador de emergência que entre em funcionamento sempre que ocorra uma falha de energia na rede e tomadas de corrente eléctricas para o recobro e sala de operações em número de 8 e 4 respectivamente (Decreto Regulamentar nº 63/94 de 2 de Novembro), e segundo Bilbao (in AESOP, 2006), deverá estar abrangido sistemas de alimentação ininterrupta (UPS) e deverá existir sistemas de monitorização do isolamento da rede de alimentação eléctrica dotado de dispositivos de teste e alarme.

Do bloco também deverá fazer parte um sistema de filtração do ar, “deve incluir o controlo de ar ultra-filtrado que remove a maior parte das partículas (99,99%)” (Bilbao, in AESOP, 2006, p. 28), neste sentido, a ventilação mecânica do ar nas salas de operações pode ser realizado através de um processo de fluxo turbulento ou de fluxo unidireccional e neste incluímos o tipo tecto de Allander, célula de Charnley e de fluxo laminar. O fluxo turbulento ou sistema convencional, como também é conhecido, refere-se a uma forma de distribuição de ar através de movimentos turbulentos que impeçam a existência de zonas de estagnação propícias à acumulação e proliferação de microrganismos e o fluxo unidireccional consiste num sistema de orientação rígida de fluxo, de forma a mover uma massa de ar numa determinada direcção com um débito suficiente de modo a impedir a turbulência e a

deslocação de partículas que existem na sala de operações. Simultaneamente a sala de operações deve estar sob o efeito de uma pressão positiva em relação aos circuitos e às salas anexas e por sua vez devem estar sob pressão positiva em relação aos outros serviços do hospital de forma que permita que o ar saia de dentro para fora sempre que é aberta uma porta da sala de operações (Bilbao, in AESOP, 2006, p. 28).

A temperatura ambiente na sala de operações e na sala de anestesia deve ser suficientemente quente para reduzir as possibilidades de o doente desenvolver um estado de hipotermia e suficientemente confortável para os profissionais que trabalham na sala de operações, as temperaturas devem rondar os 22-24° e uma humidade relativa de 50% (Graham, in Manley & Bellman, 2003). Por sua vez Bilbao determina a temperatura nas salas de operações entre os 19 e os 24° e uma humidade relativa entre os 50 a 55%, fundamentando que a “necessidade de limites máximos e mínimos de temperatura e humidade está na relação do crescimento de bactérias com temperaturas mais próximas da temperatura corporal e taxas de humidade acima dos 55%, sabendo-se que as temperaturas mais frias inibem o crescimento bacteriano.” (in AESOP, 2006, p. 30). Acrescenta também que os ambientes com percentagens de humidade abaixo dos 50% aumentam o risco relacionados com a electricidade estática. Tendo em conta o risco de hipotermia essencialmente no doente pediátrico e geriátrico no bloco operatório deverá existir por exemplo cobertores de ar quente ou edredões operatórios, colchões de ar quente, aquecimento de fluidos e gases anestésicos, aquecimento prévio da cama pós-operatória, invólucros isotérmicos, entre outros (Bilbao, in AESOP, 2006).

No bloco operatório deverá existir um sistema de segurança e detectores de anomalias, assim como de quebras de fornecimento nas redes de gases medicinais e aspiração, com alarmes áudio e visuais (Decreto Regulamentar nº 63/94 de 2 de Novembro), Bilbao também refere que o vácuo, o ar comprimido, o oxigénio e o protóxido de azoto podem ser insuflados através de um sistema de tubagem central e recomenda-se a utilização de colunas para o fornecimento dos gases e electricidade (in AESOP, 2006).

Ainda quanto aos gases anestésicos “as directrizes governamentais recomendam que se utilize um sistema de reconversão do lixo e de expulsão dos gases e é considerado sensato minimizar os níveis de poluição atmosférica no Bloco Operatório.” (Graham, in Manley & Bellman, 2003, p. 284), por sua vez, Bilbao (in AESOP, 2006, p. 31), recomenda “Manter a taxa de renovação do caudal do ar do sistema de ar condicionado; Manter sistema de exaustão de gases; Promover um sistema de detecção de fugas através de manutenções preventivas das instalações e equipamentos e de testes protocolados”

Segundo Bilbao (in AESOP, 2006), a consecução de um bloco operatório deverá atender a vários sectores, o primeiro sector que ele menciona é o sector cirúrgico e este deverá contemplar:

- (i) Salas de operações. A produção de uma sala de operações deverá ser na ordem de “1 Sala de Operações = 1.000 cirurgias/ano” (Bilbao in AESOP, 2006, p. 22),
- (ii) Sala de desinfecção,
- (iii) Sala de anestesia e entrada na sala de operações,
- (iv) Sala de apoio de material esterilizado a cada sala de operações e
- (v) Áreas de apoio, nomeadamente armazém central de esterilizados, armazém de equipamento móvel, armazém de equipamento de anestesia, armazém de instrumental, armazém de roupa com equipamento para aquecimento de roupa e soros, armazém de farmácia, com frigorífico e cofre para estupefacientes.

Do sector de recuperação no bloco operatório deve fazer parte a:

- (i) UCPA,
- (ii) Arrecadação de material e equipamento,
- (iii) Sala de lavagem, descontaminação e desinfecção de arrastadeiras e
- (iv) Sala de sujos e despejos.

O sector de apoio deve considerar os gabinetes para Director de serviço, Enfermeiro chefe, controlo de enfermagem, secretariado de admissão, gabinete de registos, sala de estar do pessoal, sala de reuniões e formação, sala de visitantes, zona de lavagem, desinfecção e esterilização de apoio ao bloco, zona de limpeza, depósito de resíduos, depósito de roupa suja, zona de apoio ao serviço de instalações e equipamentos para reparações.

O sector de acolhimento deve contemplar a existência de:

- (i) Vestiário do pessoal,
- (ii) Transfer de entrada do doente, transfer da entrada de material, transfer da saída do doente e
- (iii) Sala de espera pública com televisão e telefone público.

No bloco operatório deverá existir sistemas electromecânicos entre os quais:

- (i) Gases medicinais, nomeadamente, oxigénio, protóxido de azoto, ar comprimido, vácuo,
- (ii) Climatização, tais como, ventilação, filtração, exaustão de gases, renovação de ar, humidificação, temperatura,
- (iii) Sistemas de intercomunicações,
- (iv) Sistemas de gestão de dados, nomeadamente informática,

- (v) Geradores de energia (UPS),
- (vi) Quadros eléctricos e
- (vii) Sistemas de arrefecimento e aquecimento.

Também deve ser considerado num bloco operatório outros itens como dispositivos de segurança e anti-fogo, alarmes, áreas fechadas, protecção de paredes e portas, saídas de emergência, portas, janelas, materiais, acabamentos, equipamento fixo.

E por último, algumas considerações às quais é preciso atender no bloco operatório, nomeadamente, entradas e saídas, decorações interiores, sinalização interior e exterior, entrada e saída de equipamento e materiais de consumo.

Segundo o Decreto Regulamentar nº 63/94 de 2 de Novembro alínea 2.2, no equipamento básico por cada sala de operações deve constar a mesa operatória, candeeiro de luz sem sombra, equipamento anestésico de acordo com as normas internacionais de segurança, e equipamento geral de apoio. Quanto ao equipamento de monitorização em cada sala de operações deverá existir aparelho de avaliação de tensão arterial, aparelho de leitura de electrocardiograma e frequência cardíaca com alarmes, oximetria capilar, capnómetro, aparelho de determinação de gases anestésico para circuito semifechado e estimulador de nervos periféricos. Também deve constar do equipamento do bloco operatório carro de emergência com desfibrilhador e equipamento de ventilação manual e aparelho de RX portátil. Na UCPA deverá existir aparelho de avaliação de tensão arterial, aparelho de leitura de electrocardiograma e frequência cardíaca com alarmes, oximetria capilar e ventilador pulmonar de transporte.

Também segundo o mesmo Decreto Regulamentar as unidades privadas de saúde com bloco operatório também devem dispor de autoclave a vapor com ciclo de pré-vácuo e máquina de lavagem de ferros.

#### 4.3. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E RECURSOS HUMANOS

A estrutura de uma organização é composta por pessoas. “São as pessoas que fazem a organização. Pessoas que têm de ser contratadas, formadas, avaliadas e compensadas.” (Pinto *et al*, 2006, p. 272), por sua vez Mezomo (2001, p. 54), afirma que, são as pessoas que “constituem o verdadeiro e definitivo património das organizações”, além de que, a organização é actualmente considerada, um centro de conhecimento, conhecimento este que

existe nos seus sistemas de informação, mas simultaneamente uma grande parte dessa informação está na cabeça dos seus colaboradores (Pinto *et al*, 2006).

No entanto, de acordo com Gomes *et al*. (2008), para uma organização é mais importante a forma como são geridos os recursos do que propriamente os recursos em si mesmos e acrescentam que, na linguagem de Edith Penrose, “mais importantes do que os recursos são os serviços prestados por esses recursos. É por essa razão que pessoas talentosas e tecnicamente competentes, se não prestarem serviços valiosos (aos clientes internos e externos), não são uma fonte de vantagem competitiva” (Gomes *et al*, 2008, p. 128), por exemplo, um hospital pode ter os melhores médicos e no entanto pode não prestar os melhores cuidados de saúde.

O conceito de recursos humanos compreende “as pessoas que integram, permanecem e participam na vida da empresa, qualquer que seja o seu nível hierárquico ou tarefa.” (Frederico & Leitão, 1999, p. 105) e os recursos humanos “são os mais complexos da organização pelo que requerem particular atenção dos gestores e a sua gestão exige níveis elevados de cuidado, atenção e especialização” (Frederico & Leitão, 1999, p. 105), neste sentido, Pinto *et al*, (2006) reforçam que a gestão das pessoas deve ser o centro das prioridades dos gestores de recursos humanos e das organizações.

Uma vez que as boas práticas não são universais, ou seja, não são aplicáveis em todos os contextos e organizações, é necessário que estas sejam internamente consistentes e estejam de acordo com a estratégia da organização. Se por um lado, os estudos demonstram que os efeitos positivos de certas práticas, como por exemplo incentivos, recompensas, formação, entre outras, revelam melhores resultados, por outro lado, os estudos revelam, por exemplo, que não é consensual que a formação obtenha os mesmos resultados em todas as organizações. Sendo assim, de acordo com Gomes *et al* (2008, p. 129), “cabe a todos os gestores das empresas:

- conhecer as grandes linhas da GRH promotoras do desempenho das empresas;
- compreender as especificidades competitivas da empresa e delinear políticas e práticas de GRH consonantes;
- adoptar práticas diferenciadas para diferentes segmentos de colaboradores;
- aproveitar o potencial contido nos colaboradores para prosseguir a estratégia da empresa;
- alcançar a congruência entre as várias práticas e políticas de GRH.”

Por seu lado, Frederico e Leitão (1999, p. 109), referem que o objectivo fundamental da Gestão de Recursos Humanos (GRH), nos nossos dias, “é a criação de uma ‘força de trabalho’

motivada na qual as pessoas sejam dinâmicas e comprometidas, de modo a fazer face às rápidas mudanças a que se vem assistindo no mundo do trabalho, bem como à competitividade e exigências a que as organizações estão sujeitas”.

E acrescentam que, “Nas organizações hospitalares como sistemas sócio-técnicos, as pessoas representam o seu mais valioso recurso. São organizações de capital humano intensivo e dotado de qualificações técnicas muito diversificadas.” (Frederico & Leitao, 1999, p. 110). As chefias têm um papel fundamental na gestão dos recursos humanos, neste sentido, a postura e a atitude das chefias são essenciais para determinar “O bom ou mau funcionamento dos serviços, o nível da produtividade, o grau de motivação e satisfação dos funcionários” (Frederico & Leitão, 1999, p. 110), por isso é crucial o papel de supervisão e a liderança das chefias nas organizações hospitalares.

Ainda segundo Frederico e Leitão (1999, p. 110) “A função supervisão visa o desenvolvimento técnico e humano dos subordinados através da aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes importantes para manter e acumular a qualidade do desempenho da equipa.”

A gestão de recursos humanos nas organizações hospitalares, é uma área da gestão da qual se pode salientar os elementos como dotação e cálculo de pessoal, recrutamento e selecção, integração, formação, avaliação de desempenho e a carreira (Frederico & leitão, 1999), por sua vez, Lovelock e Wirtz (2006), dizem que “Por trás da maioria das organizações de serviços bem-sucedidas de hoje está o sério compromisso com a gestão eficaz de recursos humanos (RH), incluindo recrutamento, selecção, formação, motivação e retenção de funcionários.”

Segundo Frederico e Leitão (1999), a dotação de pessoal no contexto hospitalar está directamente ligada à qualidade da assistência prestada e à segurança do doente, assim como, à produtividade, à satisfação dos profissionais e acima de tudo ao bem-estar e satisfação dos doentes.

O Conselho Regional Norte da Ordem dos médicos (2000) no parecer relativo à constituição de equipas cirúrgicas, defende que “a realização de qualquer acto médico pressupõe uma plataforma técnica com vector material e humano adequados. Tal apetrechamento material e humano, pode variar entre um nível optimizado e um nível mínimo exigível” e acrescenta que “é indispensável a existência de um responsável que saiba possuir as necessárias aptidões e esteja disponível para demonstrar, nomeadamente, através da posse dos títulos reconhecidos pela Ordem dos Médicos”.

Considerando que o médico tem o dever de otimizar a qualidade do exercício profissional, leva a que, “em quaisquer actos médicos e, particularmente, nos actos cirúrgicos em que a vida ou uma importante função possam estar em risco a equipa mínima a estar presente/disponível no bloco operatório seja constituída por um cirurgião autonomamente competente na execução da técnica e por, pelo menos, um ajudante, médico, com a diferenciação suficiente para, no caso de surgirem circunstâncias imponderáveis e não previsíveis, poder suprir a indisponibilidade do cirurgião responsável, em condições técnicas minimamente aceitáveis” e acrescenta que “o médico, no exercício da sua profissão é técnica e deontologicamente independente e responsável pelos seus actos” (Conselho regional Norte da Ordem dos Médicos, 2000)

A Ordem dos Médicos (2008), na Declaração de Princípios para a Equipa de Anestesiologia no Serviço de Urgência, refere que a anestesiologia assume um papel fundamental na actividade do bloco operatório justificando a necessidade de um médico com especialidade de anestesiologia em presença física por cada sala de operações em funcionamento e o apoio contínuo e imediato de um médico anestesiologista à Unidade de Cuidados Pós-anestésicos. O recobro exige médico Anestesista em presença física (se o movimento assim o justificar) ou, no mínimo, em grande proximidade. “A existência de uma unidade de obstetrícia, pressupõe a presença de um anestesista em caso de actividade anual inferior a 2.000 partos por ano” As unidades de obstetrícia com mais de “2.000 partos por ano deverão ser alocados em permanência 2 anestesiologistas.”

A dotação do pessoal de enfermagem pode ser considerada “uma actividade que se realiza com o objectivo de estabelecer de forma quantitativa e qualitativa, as necessidades em pessoal de enfermagem para prestar cuidados de um determinado grupo de doentes, com a finalidade não só de concretizar aspectos do plano de acção de uma instituição de saúde, no que se refere a pessoal (número, tipo e custos), mas também contribuir para avaliar o nível de cuidados de enfermagem” (Frederico & Leitão, 1999, p. 113).

As várias funções do enfermeiro peri-operatório são: do enfermeiro de anestesia, do enfermeiro circulante, do enfermeiro instrumentista e a função do enfermeiro na Unidade de Cuidados Pós-anestésicos, salientando que “Qualquer das funções do enfermeiro peri-operatório é essencial, com idêntica importância na prestação de cuidados peri-operatórios em que o todo completa, dá continuidade e otimiza os benefícios de uma enfermagem peri-operatória centrada no doente e na qualidade” (Cambotas *et al*, in AESOP, 2006, p. 108)

Segundo Pinto *et al* (2006, p. 277), para a gestão de uma organização a escolha dos colaboradores é uma das mais importantes decisões a longo prazo, “um colaborador bem

escolhido para um posto em causa é uma fonte de soluções, mas um que não o seja é uma fonte de problemas e prejuízos.”

O recrutamento refere-se à angariação de candidatos para os postos de trabalho disponíveis na organização (Pinto *et al*, 2006) e compreende as “várias fases de pesquisa de candidatos adequados e compreende um conjunto de técnicas e métodos destinados a atrair os candidatos que reúnem condições para ocupar determinados cargos na organização” (Frederico & Leitão, 1999, p. 121). O recrutamento pode ser interno, no interior da organização, ou externo, fora da organização”

A selecção refere-se à escolha, de entre os recrutados, dos que melhor se ajustam às necessidades e expectativas da organização (Pinto *et al*, 2006). O processo de selecção, segundo Frederico e Leitão (1999, p. 124), “é um conjunto de operações enquadradas no processo de recrutamento, que visam avaliar a capacidade e qualificações dos candidatos a determinado lugar, escalonando-se face aos requisitos e exigências das respectivas tarefas e responsabilidades.”

Segundo Frederico e Leitão (1999), na Administração Pública Portuguesa o modelo predominante de organização e estrutura de recursos humanos é o sistema de carreira. Este sistema impede as entradas laterais no sistema e as subidas à categoria superior faz-se por concurso entre os elementos internos do serviço, focando a antiguidade e a informação de serviço. A entrada para a carreira implica o recurso a pessoal externo à carreira por concurso. A abertura de vagas surge pela criação de novos postos de trabalho ou pela saída de funcionários existentes.

Após ter sido concluído o processo de selecção dos novos profissionais, estes entram na fase seguinte que consiste na integração e socialização na organização, contudo estes novos profissionais já trazem consigo expectativas e imagens acerca da organização (Gomes *et al*, 2008).

Para Louis (1980), citado por Gomes *et al* (2008, p. 324), a socialização, pode ser definida como “o processo através do qual o indivíduo aprende os valores, as competências, os comportamentos esperados e o conhecimento social para assumir um papel organizacional e participar como membro pleno da organização.” Da mesma forma que abrange aspectos relacionados com a aprendizagem da cultura organizacional, ou seja, emerge uma aculturação de aspectos relacionados com as funções que o indivíduo vai desempenhar, das políticas da organização e da linguagem própria do cargo a exercer e da própria organização.

A socialização engloba vários planos:



- (i) A aquisição pelo indivíduo de comportamentos apropriados de modo a vir desempenhar convenientemente o seu papel na organização.
- (ii) Desenvolvimento de capacidades e competências relacionadas com o trabalho.
- (iii) Adaptação às normas e valores da organização.

A integração, ainda segundo Gomes *et al* (2008, p. 345), é diferente da socialização, uma vez que representa uma pequena parcela da mesma e entende por integração “o processo de acolhimento e boas vindas de um novo empregado”, por sua vez, Frederico e Leitão (1999, p. 129) citando Dias (1981) e Gode (1993), dizem que “é um processo cujo início é marcado pela admissão do empregado e que só deverá considerar-se concluído quando este conhece bem a estrutura física, a filosofia organizacional, a equipa de trabalho e as suas actividades funcionais.”

Uma integração adequada às necessidades do indivíduo e bem programada possibilita uma adaptação mais rápida na organização, beneficiando o próprio indivíduo, a organização e consequentemente os utentes, uma vez que, quanto mais rapidamente o indivíduo se integrar mais rapidamente pode dar de uma forma segura e eficiente o seu contributo à instituição.

A integração visa sobretudo “fazer com que os elementos recém admitidos adquiram ou aperfeiçoem determinados conhecimentos ou métodos de trabalho, de acordo com as funções que lhe são atribuídas e as necessidades das instituições” (Frederico & Leitão, 1999, p. 131).

O processo de integração contempla quatro componentes, nomeadamente:

- (i) Psicológica, onde se destaca a motivação.
- (ii) Sociológica, que envolve a actividade do individuo no seio do grupo.
- (iii) Pedagógica, uma vez que possibilita ao indivíduo um excelente momento de aprendizagem.
- (iv) Administrativa, relacionada com a força efectiva de trabalho.

Nas instituições de saúde, constituem indicadores da integração segundo Huckabay (1983), referenciado por Frederico e Leitão (1999), a identificação com a organização, a boa comunicação e as relações superior-subordinado.

Os programas de integração consistem em “programas elaborados e destinados a familiarizar os novos elementos com a linguagem da organização, os usos e costumes, a própria estrutura da organização, os principais produtos e serviços, a missão, os valores, os objectivos, etc.” (Frederico & Leitão, 1999, p. 132). Estes programas tem por objectivo “fazer com que os novos elementos aprendam e incorporem certos valores, normas e padrões de comportamento que a organização considera relevantes para o seu bom desempenho” (Frederico & Leitão, 1999, p. 132).

Actualmente, é verdade que a ciência e a tecnologia se renovam a ritmos, a cada vez, mais acelerados em todos os domínios. Assim, “As necessidades de formação estão directamente relacionadas com o aumento constante de conhecimentos e habilidades necessárias para a adaptação aos novos requisitos dos serviços.” (Frederico & Leitão, 1999, p. 135).

A formação pode ser considerada, segundo Gomes *et al* (2008, p. 376), como um “processo, seja ele formal ou informal, planeado ou não, através do qual as pessoas aprendem novos conhecimentos, capacidades, atitudes e comportamentos relevantes para a realização do seu trabalho.”.

Por sua vez Dias e Brito (1989) citado por Frederico e Leitão (1999, p. 135), consideram a formação contínua como sendo “um conjunto de acções educativas, colectivas ou individuais, facilitadoras ou aconselhadas aos trabalhadores no decurso da sua carreira profissional, com o objectivo de melhorar a competência profissional, contudo, não conferente de título ou grau.”

A formação em serviço envolve uma grande variedade de actividades inerentes ao próprio conteúdo funcional do serviço com a finalidade de desenvolver competências profissionais de âmbito geral ou a obtenção de uma qualificação específica para progressão numa carreira.

Frederico e Leitão (1999, p. 139), defendem que a organização de um serviço de saúde tem que “facilitar e fomentar um estilo de trabalho em equipa multidisciplinar e com uma carga de trabalho que seja possível a cada situação de trabalho ser a base de uma oportunidade para aprender.” E acrescentam que, uma vez que esta formação já está integrada nas actividades diárias do próprio serviço, possibilitam uma formação contínua em serviço. Neste sentido a formação em serviço surge como “uma actividade de formação desenvolvida em resposta a situações/problemas identificados no seio da profissão, visando a aquisição de conhecimentos teóricos, capacidades práticas e atitudes exigidas para o exercício das mesmas.” (Frederico & Leitão, 1999, p. 139-140).

Por último, “Nenhuma organização ou profissão se desenvolve sem se questionar, sem reflectir sobre o seu objecto de acção e sobre os seus modos de trabalho.” (Frederico & Leitão, 1999, p. 140),

A avaliação de desempenho é um processo fundamental com vista ao desenvolvimento dos recursos humanos numa organização e consiste em avaliar os indivíduos no desempenho dos seus papéis (Frederico & Leitão, 1999).

Os processos de avaliação são instrumentos importantes de apoio à gestão, e ao desenvolvimento profissional. Estes permitem a medição do potencial humano e do seu desempenho assim como facilitam o desenvolvimento pessoal dos indivíduos aumentando a sua produtividade. Chiavenato (1997), citado por Frederico e Leitão (1999, p. 142) refere que “a avaliação do desempenho, tem um objectivo básico, que é melhorar os resultados dos recursos humanos da organização.” Para isso, é essencial que os objectivos individuais e os objectivos organizacionais sejam convergentes, ou seja, que o projecto individual de cada trabalhador esteja consonante com o objectivo global da organização para que haja desenvolvimento e crescimento mútuo.

Mas, segundo Frederico e Leitão (1999, p. 143), a avaliação de desempenho, só por si, “não constitui uma técnica de modificação do comportamento, deve ser considerada apenas como instrumento de levantamento de dados que caracterizam as condições que, dentro da organização estejam em dado momento a dificultar ou a impedir o completo e adequado aproveitamento dos seus recursos humanos.”

E acrescentam, fazendo referência a Gil (1994), que através da avaliação de desempenho é possível:

- (i) Mensurar a contribuição de cada empregado para a organização.
- (ii) Conhecer quais os funcionários que possuem uma qualificação superior à requerida para o cargo.
- (iii) Redefinir o perfil dos ocupantes dos cargos.
- (iv) Saber em que medida os programas de formação têm contribuído para o desenvolvimento e para a melhoria de desempenho dos funcionários.
- (v) Promover o auto-desenvolvimento e o auto-conhecimento dos funcionários.
- (vi) Conceder promoções e ajustar remunerações.
- (vii) Estabelecer planos de acção para funcionários insatisfeitos.

Para a realização de um processo de avaliação do desempenho “é fundamental a existência de padrões de qualidade, normas de actuação e critérios de avaliação que corresponderão ao desempenho desejado.” (Frederico & Leitão, 1999, p. 147). Quando o desempenho desejado e o desempenho observado não são consonantes é necessário criar medidas correctivas no sentido de se obter aquilo que foi previamente estabelecido.

## CAPÍTULO 5. METODOLOGIA

A investigação científica consiste num processo de aquisição de conhecimentos de forma ordenada e sistemática que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas de uma investigação. “O conhecimento científico adquire-se de diversas maneiras, de entre elas a investigação científica é o método mais rigoroso e o mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional” (Fortin, 1999, p. 17).

Segundo Fortin (1999, p. 131), a fase metodológica de uma investigação científica “consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação... Este plano constitui a espinha dorsal sobre a qual virão enxertar-se os resultados da investigação.” Da mesma forma que, segundo Polit e Hungler (1995), comunica aos leitores quais foram os métodos usados pelo pesquisador para responder às questões de pesquisa, quais as decisões metodológicas adoptadas, assim como justificar todas essas decisões.

O referencial teórico elaborado em estreita relação com o objecto em estudo e descrevendo o estado actual da arte na avaliação da qualidade em serviços de saúde, mais concretamente no BO favoreceu a compreensão do fenómeno em toda a sua amplitude e permitiu escolher a metodologia mais apropriada.

Este capítulo vem explicitar os percursos metodológicos adoptados, assim como a razão da escolha de determinados métodos e técnicas na procura da resposta à seguinte pergunta de partida: “*Que aspectos são necessários integrar para avaliar a qualidade num Bloco Operatório?*”

Das primeiras leituras e reflexões realizadas, partimos de um conjunto de indagações que orientaram o percurso:

- (i) Que factores convergem para a qualidade no Bloco Operatório?
- (ii) Que instrumentos são necessários para avaliar a qualidade no Bloco Operatório?
- (iii) Que alterações são necessárias realizar para um caminho de construção da qualidade no Bloco Operatório?

Conforme refere o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 ainda existe uma escassa cultura de qualidade, acompanhada de um défice organizacional dos serviços, assim como, a carência de indicadores de desempenho e de apoio à decisão e insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica.

O interesse por esta problemática surge no âmbito da actividade profissional do autor, em contexto de prestação de cuidados no Bloco Operatório, na procura do desenvolvimento de competências e conhecimentos conceptuais na área da gestão da qualidade em saúde, e também a ambição de identificar os itens a incorporar na avaliação da qualidade no bloco operatório, determinando as deficiências e intervindo na implementação de um sistema de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados ao utente. Ou seja, o nosso interesse em realizar este estudo é a procura de obter dividendos para o desenvolvimento de uma política de qualidade no Bloco Operatório e com isso contribuir para a melhoria de cuidados.

Sendo indiscutível a pertinência desta abordagem no desenvolvimento da prática de cuidados e a sua importância como sendo uma condição prévia necessária para a mudança na senda da qualidade, pretendemos, conforme já referido na página 5, alcançar os seguintes objectivos:

- (i) Identificar factores que contribuam para garantir a qualidade dos cuidados de saúde no BO
- (ii) Descrever instrumentos utilizados para controlar a qualidade dos serviços no BO
- (iii) Analisar a constituição de parcerias profissionais para prestação de cuidados no BO
- (iv) Conceber um caminho para a criação de um instrumento de avaliação da qualidade no BO

Não existe uma única maneira correcta de compreendermos a complexidade do mundo e o conhecimento científico seria escasso caso não existisse essa variedade disponível de métodos alternativos (Polit e Hungler, 1995), “Os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação” (Fortin, 1999, p. 22). Daí que a escolha deste desenho tenha que estar intimamente relacionada com a problemática em estudo e também com o estado dos conhecimentos à volta da mesma, daí nos contextualizarmos numa abordagem qualitativa porque pretendemos compreender a realidade na sua complexidade e no seu contexto natural.

Rey (2002) refere que a epistemologia qualitativa se apoia nos seguintes fundamentos:

- (i) O conhecimento é um processo de produção construtiva-interpretativa no qual o pesquisador integra, reconstrói e apresenta, em construções interpretativas, diversos indicadores obtidos durante a pesquisa, os quais não teriam nenhum sentido se fossem tomados de forma isolada, como constatações empíricas.
- (ii) O processo de produção do conhecimento é interactivo, no qual as relações investigador-investigado são uma condição para o desenvolvimento da

investigação e, mais do que isso, o interactivo é uma dimensão essencial e um atributo construtivo desse processo.

- (iii) A significação da singularidade é uma realidade na produção do conhecimento, o que subleva a importância da qualidade da expressão do sujeito sobre a quantidade de sujeitos a serem estudados.

Tendo em conta os objectivos e as características do estudo enveredámos por um estudo de campo, tais estudos são investigações feitas em campo. Pretendem examinar, profundamente, as práticas, comportamentos, crenças e atitudes das pessoas ou grupos, enquanto em acção na vida real. O propósito de um pesquisador de campo é o de aproximar-se das pessoas estudadas de modo a compreender um problema ou situação, a partir do seu cenário natural. Devido à natureza intensiva e flexível dos estudos de campo, eles possuem a capacidade de fornecer uma compreensão em profundidade dos fenómenos, que não poderia ser alcançada utilizando os métodos mais tradicionais de pesquisa científica. A pesquisa de campo nunca pode ser duplicada, porque os métodos evoluem “in situ”. Fica por vezes difícil, determinar se dois pesquisadores de campo independentes, realizando a mesma investigação, irão chegar às mesmas conclusões (Polit e Hungler, 1995).

Dado o interesse em conhecer em profundidade o fenómeno qualidade no bloco operatório esta opção antevia-se como o melhor caminho.

## 5.1. DO UNIVERSO AOS PARTICIPANTES NA PESQUISA

Segundo Marconi e Lakatos (1999, p. 43), o universo “é o conjunto de indivíduos... que apresentam pelo menos uma característica em comum” Ou seja, o universo é constituído por todos os sujeitos ou elementos que têm em comum características análogas, sendo que neste caso é constituído pelos profissionais de saúde que desempenham actividades no BO, ao qual se reporta o trabalho de campo e pelos órgãos de gestão que de alguma forma condicionam o desempenho de serviços no Bloco operatório, nomeadamente os membros do conselho de administração.

O presente estudo vai ser realizado no Bloco Operatório de uma Instituição Hospitalar do Norte de Portugal. O Bloco Operatório está situado no 1º andar da instituição, é constituído basicamente por uma unidade de cuidados pós anestésicos e três salas operatórias, sendo uma sala para cirurgias programadas, outra sala para cirurgias de urgência e a terceira sala para

cirurgias programadas, de urgência e de apoio á especialidade de Obstetrícia de acordo com as necessidades cirúrgicas e ainda, várias áreas de apoio ao seu funcionamento.

A produção anual deste bloco operatório tem vindo a aumentar gradualmente, em 2008 foram operados 3.005 doentes e efectuadas 3.768 intervenções cirúrgicas e em 2009 foram operados 3.210 doentes e realizadas 4.334 intervenções cirúrgicas, englobando as cirurgias programadas e as cirurgias de urgência, distribuindo-se pelas especialidades de Ortopedia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Ginecologia e Obstetrícia. Da análise destes dados verifica-se que, de 2008 para 2009, houve um aumento de 15% no número de intervenções cirúrgicas realizadas e um aumento de 7% no número de doentes operados (CHPVVC, 2010).

Não havendo a “necessidade de recorrer à amostragem, uma vez que a manipulação, controle e generalização dos resultados não é intenção da pesquisa” (Streubert e Carpenter, 2002, p. 25). Utilizamos um grupo de dezoito profissionais da unidade hospitalar que se mostraram disponíveis para colaborar no presente estudo, conforme descrito no quadro 10.

Função	Profissão	Quantidade
Presidente do Conselho de Administração	Economista	1
Director Clínico	Cirurgião	1
Enfermeira Directora	Enfermeira	1
Director do Bloco Operatório	Anestesista	1
Director do Serviço de Anestesia	Anestesista	1
Director do Serviço de Cirurgia	Cirurgião	1
Director do serviço de Ortopedia	Ortopedista	1
Director do Serviço de Ginecologia/Obstetrícia	Ginecologista/Obstetra	1
Director do Serviço de Pediatria	Pediatra	1
Enfermeira Chefe do Bloco Operatório	Enfermeira	1
Enfermeira Especialista em Médico-cirúrgica	Enfermeira	1
Enfermeiro Graduado	Enfermeiro	1
Anestesista Assistente	Anestesista	1
Ortopedista Graduado	Ortopedia	1
Ortopedista Assistente	Ortopedia	1
Ginecologista/Obstetra	Ginecologista/Obstetra	1
Cirurgião Graduado	Cirurgião	1
Cirurgião Assistente	Cirurgião	1

*Quadro 10.* Constituição do grupo de informantes

Em síntese, fizeram parte do nosso estudo, 1 economista, 4 cirurgiões, 4 enfermeiros, 3 anestesistas, 3 ortopedistas, 2 ginecologistas/obstetras e um pediatra.

Os indivíduos que participaram neste estudo, tiveram ou têm a experiência de um fenómeno particular, possuem uma experiência e um saber pertinente. Não se coloca o investigador como perito (Fortin, 1999). A selecção do conjunto de entrevistados decorreu de modo intencional, sendo importante a “forma como o investigador de terreno selecciona um conjunto de informantes, se quer evitar ter visões parciais de uma dada situação” (Burgess, 2001, p. 80). Na amostragem intencional o pesquisador pode decidir seleccionar propositadamente os sujeitos particularmente conhecedores das questões que estão a ser estudadas. Esta técnica de amostragem costuma ser utilizada quando o pesquisador deseja uma amostra de especialistas, tal como no caso de um levantamento de necessidades que utiliza o método de sujeitos chave (Polit e Hungler, 1995).

Neste estudo, trata-se portanto de uma selecção de amostra intencional baseada no conhecimento que o entrevistador detém sobre a população e seus elementos, pelo que a selecção dos participantes foi feita tendo por base a capacidade destes, em de alguma forma, influenciar a qualidade no BO, bem como, pela experiência e conhecimento dos entrevistados nos meandros das actividades no BO e qualidade nos serviços de saúde. Neste sentido foram estipulados os seguintes critérios:

- (i) Membros do Conselho de Administração, uma vez que estes, pelos cargos que exercem, têm a capacidade de influenciar a organização e funcionamento do BO, assim como o desempenho dos profissionais de saúde.
- (ii) Profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, que desempenham funções no BO.
- (iii) Directores de serviço das especialidades medicas que intervenham nas actividades do BO, pelo cariz das suas funções de gestão na organização e funcionamento dos seus serviços e articulação com o BO.
- (iv) Enfermeira Chefe do BO devido às suas funções de gestão quer do BO, quer da equipa de enfermagem do BO.

Uma das questões que vulgarmente se colocam ao investigador é identificar qual a dimensão da amostra. Para Fortin (1999), o investigador deverá incluir tantos sujeitos quantos os necessários para atingir a saturação dos dados. Este conceito é muitas vezes mencionado nos relatórios de investigação qualitativa e faz referência ao momento de recolha de dados a partir do qual o investigador não aprende nada de novo dos participantes. Segundo estes princípios a saturação dos dados foi obtida com dezoito participantes.



Estes sujeitos são participantes privilegiados, pois, em nosso entender reúnem a experiência pretendida para o estudo. São “pessoas que, pela sua posição, acção ou responsabilidades, têm um bom conhecimento do problema” (Quivy & Campenhoudt, 1998, p. 71).

## 5.2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

“Antes de empreender uma colheita de dados, o investigador deve perguntar-se se a informação que quer colher com a ajuda de um instrumento de medida em particular é exactamente a que tem necessidade para responder aos objectivos da sua investigação” (Fortin, 1999, p. 240). No entanto muitas vezes a natureza da indagação da pesquisa dita por si só o método de colheita de dados (Polit & Hungler, 1995). Tendo em conta os objectivos e a natureza deste estudo, procurámos escolher para a sua consecução o instrumento de recolha de dados, que nos pareceu mais indicado, a Entrevista. Privilegiaremos a entrevista porque “têm como objectivo principal a obtenção de informações do entrevistado, sobre determinado assunto ou problema” (Marconi & Lakatos, 1999, p. 95). E “Nas ciências humanas, pode ser reunida uma boa quantidade de informações através da interrogação directa de pessoas, isto é, solicitando-lhes o relato de experiências pessoais” (Polit & Hunlger, 1995, p. 166).

A entrevista, segundo Marconi e Lakatos (1999, p. 94), “é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional” Na entrevista é possível obter informação importante para a descrição dos fenómenos em estudo. Ora, a descrição de fenómenos é uma das características fundamentais nas abordagens qualitativas.

Ghiglione e Matalon (2001) referem que os objectivos da entrevista podem situar-se a vários níveis, sendo eles:

- (i) Explorar um tema desconhecido,
- (ii) Aprofundar determinado assunto,
- (iii) Verificar os domínios de um tema já suficientemente bem conhecidos,
- (iv) Controlar e validar resultados.

Tendo em atenção estes níveis, os mesmos autores identificam três tipos de entrevistas de acordo com os objectivos da investigação em entrevista não estruturada, entrevista semi-estruturada e entrevista estruturada.

Deste modo, e dado o objectivo do método de colheita de dados ser o aprofundamento e a verificação de domínios de um tema já conhecido, o tipo de instrumentos eleitos foi: a entrevista semi-estuturada.

Na entrevista semi-estruturada/semi-directiva o investigador orienta a entrevista através de um conjunto de questões utilizadas como guia (Polit & Hungler, 1995). O entrevistador segue um conjunto de questões provenientes de um quadro teórico, de modo a aprofundar ou ver a evolução daquele domínio na população que está a investigar, que poderá ou não ser aleatório.

Tendo por suporte o quadro teórico e os conhecimentos do autor sobre o tema, a construção do guião da entrevista teve em conta cinco momentos (anexo B):

- (i) Apresentação, legitimação e esclarecimentos ao participante na entrevista.
- (ii) Obtenção do consentimento para a realização e gravação da entrevista.
- (iii) Caracterização do entrevistado.
- (iv) Entrevista.
- (v) Finalização da entrevista.

O guião da entrevista desenvolveu-se ao longo de três temas, estrutura, processo e resultados, ou seja baseado no modelo de avaliação da qualidade de Donabedian. Os grupos de questões elaboradas para a entrevista, além do contributo de Donabedian (2003), foram considerados outros autores como, Mezomo (2001), Vicent *et al* (2004), Revere *et al* (2004), Paneque (2004), Mishra (2009) e o decreto Regulamentar 63/94 de 2 de Novembro de 2004.

As entrevistas foram realizadas de acordo com o guião da entrevista elaborado previamente, no período de seis de Maio a vinte e três de Julho de 2010, tiveram uma duração média de aproximadamente quarenta e cinco minutos, tendo sido a entrevista mais curta de quinze minutos e a mais longa de uma hora e trinta minutos. Com autorização prévia dos participantes, as entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas, transcritas integralmente para suporte de papel, sendo de seguida, destruídas as gravações. As principais dificuldades na realização das entrevistas foram o seu agendamento de acordo com a disponibilidade dos participantes e a falta de experiencia do autor em realizar entrevistas. Essa dificuldade do autor foi mais sentida nas primeiras entrevistas, tendo vindo a dissipar-se à medida que as entrevistas foram concluídas.

### 5.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Num trabalho de investigação, em que são vulgarmente utilizadas pessoas como sujeitos da investigação, algumas questões morais e éticas se colocam, de modo a que os direitos humanos sejam assegurados.

“Pelo facto de as pesquisas científicas nem sempre terem sido conduzidas de maneira ética, e devido aos dilemas reais que os pesquisadores costumam enfrentar, no planeamento de seus estudos, científica e eticamente rígidos, foram elaborados códigos de ética para orientá-los. Os três princípios éticos incorporados à maioria das orientações são a beneficência, o respeito pela dignidade humana e a justiça” (Polit & Hungler, 1995, p. 307). Segundo Streubert e Carpenter (2002), algumas exigências éticas são aplicadas à investigação qualitativa. Primeiro, os participantes não devem ser prejudicados, o que se relaciona com o princípio da maleficência, da mesma forma que Polit e Hungler (1995, p. 307), referem que a beneficência envolve a protecção dos participantes contra danos físicos e psicológicos, protecção contra a exploração e a realização de algo benéfico. Por outro lado, os investigadores devem obter consentimento informado e a intervenção do participante deve ser voluntária, portanto, apoiando o princípio de autonomia. Mais ainda, os investigadores devem assegurar aos participantes que a confidencialidade e o anonimato são respeitados, sendo assim respeitados os princípios da beneficência e justiça.

No envolvimento nesta pesquisa nenhum elemento foi colocado em desvantagem, nem exposto a algum dano. O princípio da autonomia e respeito, onde se inclui o consentimento informado foi dado pelos participantes no início da entrevista, onde era explicado o objectivo do trabalho e informado sobre o direito de participar ou não. O consentimento informado, segundo Polit e Hungler (1995), significa que:

- (i) os participantes possuem informação adequada, no que se refere à investigação;
- (ii) são capazes de compreender a informação;
- (iii) têm a capacidade de escolher livremente;
- (iv) capacitando-os para consentir ou declinar voluntariamente a participação na investigação.

Por último, o princípio da justiça e integridade foram respeitados, onde se incluem itens como o da confidencialidade e anonimato. Mas, tal como refere Streubert e Carpenter (2002, p. 43), “A própria natureza da colheita de dados na investigação qualitativa torna o anonimato impossível”. Ou seja, é inevitável conhecer a fonte dos dados. No entanto, como refere o mesmo autor, “O investigador deve fazer todos os esforços para assegurar que a

confidencialidade é uma promessa cumprida” (Streubert e Carpenter, 2002, p. 43). De tal forma que ninguém para além do autor deve conhecer a origem dos dados. Após a transcrição das entrevistas as mesmas foram codificadas com a letra E (Entrevista) e números de 1 a 18, em função dos sujeitos que as ocasionaram, mas de modo aleatório. Nas entrevistas apenas foram retiradas as informações que de alguma forma pudessem identificar o profissional de saúde entrevistado.

A aplicação do instrumento de recolha de dados foi submetida a autorização prévia do Conselho de Administração onde se realiza o presente estudo, tendo obtido parecer positivo para a sua realização e divulgação (anexo C).

#### 5.4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Uma das tarefas mais difíceis para o investigador, no caso de um estudo qualitativo, independente da sua forma, é preparar a imensidão de dados produzidos. Neste caso, transcreveu-se integralmente o registo das entrevistas (verbatim), para assegurar com rigor o que foi referido pelos participantes.

Após a transcrição das entrevistas, fez-se uma primeira leitura de todas as entrevistas e de seguida procedeu-se à sua codificação, organizando quadros de referência, onde foram definidas categorias, subcategorias e unidades de registo, que ordenaram a informação. Os discursos produzidos pelos entrevistados foram apreciados com recurso à análise de conteúdo segundo os princípios delineados por Bardin (2004).

Quando os investigadores acabam de colher todos os dados é necessário começar a sua análise. A análise de dados na investigação qualitativa começa, de facto, quando a colheita de dados se inicia, prolongando-se num “continuum”, necessitando “ouvir” cuidadosamente aquilo que viram, ouviam ou experimentaram para descobrir os significados (Streubert & Carpenter, 2002).

A análise qualitativa envolve o método indutivo procurando temas ou regularidades recorrentes nos dados. Segundo Bardin (2004), as diferentes fases da análise de conteúdo, organizam-se em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e por último o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A primeira fase consiste na organização propriamente dita, correspondendo a um período de intuições, mas que tem por objectivo sistematizar as ideias iniciais. A segunda fase longa e fastidiosa consiste essencialmente em operações de codificação, desconto ou enumeração. Por último os

resultados em bruto são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos. (Bardin, 2004)

Os resultados obtidos são apresentados sob a forma de categorias, sub-categorias e unidades de registo. Segundo Bardin (2004, p. 112), “A categorização tem como principal objectivo... fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos”

“A categorização pode empregar dois processos inversos,

- É fornecido o sistema de categorias e repartem-se da melhor maneira possível os elementos, à medida que vão sendo encontrados...
- O sistema de categorias não é fornecido, antes resultando da classificação analógica e progressiva dos elementos.” (Bardin, 2004, p. 113)

No nosso estudo a categorização considerou os dois processos anteriores, por um lado, algumas categorias foram definidas “a priori”, isto é, implicaram um quadro de referência teórico, o Modelo de Donabedian. Por outro lado, as categorias foram definidas “a posteriori”, isto é, identificando e evidenciando as propriedades do texto e das unidades de registo. A categorização considerou ainda a incorporação de características comuns e de natureza semântica idêntica. “Este processo exige que os pesquisadores estejam plenamente cientes do que os dados dizem. Isto exige um grau significativo de dedicação à leitura, intuição, análise, síntese e relato das descobertas (Streubert & Crapenter, 2002).

## **CAPÍTULO 6. APRESENTAÇÃO DOS DADOS**

Ao longo deste capítulo são apresentados os conteúdos das entrevistas, descritos em três grandes temas: Estrutura, Processo e Resultados. Estes aspectos essenciais para a avaliação da qualidade têm por base, conforme já referido anteriormente, o modelo de Donabedian o “grande mestre da qualidade em saúde” (Mezomo, 2001, p. 73), que se tornou padrão na avaliação da qualidade nos serviços de saúde. Na opinião de Donabedian (2003), a qualidade é o produto de dois factores, um factor é a ciência e a tecnologia dos cuidados de saúde e o outro é a forma como é aplicada a ciência e a tecnologia nas práticas actuais de saúde. Este produto pode ser caracterizado por atributos que ele denomina de "Componentes da qualidade" (Donabedian, 2003).

Este autor, ao qual se seguiram diversos autores, concebeu a abordagem da qualidade mais bem sucedida de aplicabilidade à saúde através da tríade "estrutura-processo-resultados".

No entanto, Mezomo (2001) acrescenta que esta tríade de elementos não é formada por partes autónomas e dissociadas entre si, mas sim, elementos intimamente ligados e inter-relacionados, que mantêm uma certa linha de causalidade e efeito. Ao considerar cada um destes atributos de modo isolado surgem problemas e insuficiências, sendo a melhor estratégia para a avaliação da qualidade seleccionar um conjunto de indicadores representativos das três abordagens (Donabedian, 2003).

Uma vez que, da análise dos discursos dos participantes, denotamos uma corrente de grande aproximação ao modelo de Donabedian (2003), então, nesta apresentação vamos seguir as três grandes áreas do próprio modelo, estrutura, processo e resultado, acrescentando os discursos específicos dos participantes.

### **6.1. ESTRUTURA**

Entende-se por estrutura a apreciação de toda a organização da instituição onde se prestam os cuidados, desde os aspectos físicos aos organizacionais, passando pelos recursos humanos. A avaliação da estrutura inclui a análise do meio onde os cuidados são prestados. É geralmente aceite que a estrutura, ou seja, a forma como o sistema de saúde está configurado, tem uma influência importante sobre as pessoas e como o sistema se comporta e, consequentemente, sobre a qualidade da assistência oferecida e apreciada pelo cliente. De

certa forma poderia ser o principal determinante da qualidade dos cuidados, mas as variações detalhadas em muitas características do sistema têm um relacionamento bastante fraco para as correspondentes variações de qualidade. Portanto, as variações nas características do sistema, a menos que sejam excepcionalmente grandes, podem não ser significativas sobre a qualidade. Contrabalançando as vantagens, alguns atributos da estrutura são mais facilmente observáveis e mais facilmente documentados e tendem por sua vez a ser mais estáveis (Donabedian, 2003). Tal como refere Cardoso (2002, p. 33) “A existência de boas condições estruturais, só por si, não garante um nível elevado de qualidade de cuidados ou serviços, muito embora se possa considerar como condição necessária”. A estrutura refere-se às características mais estáveis e serve para designar as condições em que os cuidados são prestados: recursos materiais, recursos humanos, e estrutura organizacional.

Para a AESOP (2006), a estrutura de um bloco operatório é complexa devendo assumir um mínimo de requisitos associados às suas características técnicas especiais, espaços, equipamentos, funções internas e actividades periféricas, circulações e, finalmente, o conceito de assepsia progressiva.

Uma vez que os atributos associados à estrutura, como forma de avaliar a qualidade no bloco operatório, foram visíveis nas narrativas dos entrevistados, vamos descrever as categorias e sub-categorias que emergiram nessas narrativas acrescentando trechos específicos dos discursos dos participantes para cada categoria/subcategoria.

Vários são os autores que identificam a importância da avaliação das instalações, como item relevante na Estrutura, (Donabedian, 2003, Mezomo, 2001 & Paneque, 2004) e uma vez que estão patentes várias referências às instalações no discurso dos participantes, elegemos como uma categoria as instalações, conforme apresentado no quadro 11.

<b>Categoria: Instalações</b>	
<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
Dimensões	<p>“A dimensão não é a desejada, claro, ela foi alargada para 4 camas, o ideal seria ter mais uma cama e mais espaço entre elas” E3</p> <p>“A dimensão e o número de macas têm de ser adequadas ao movimento do bloco” E7</p> <p>“falta de espaço para acondicionamento de todo o equipamento necessário... Os vestiários são exíguos” E4</p> <p>“Em termos de instalações acho que nos falta o recobro, o recobro actual apesar de ter aumentado é muito pequeno... muitas vezes até não se consegue chamar doentes porque não temos recobro para eles...” E10</p> <p>“Acho que as nossas instalações não estão más, só que temos um bocado de falta de espaço principalmente a nível de gabinetes... sobretudo de anestesia que agora são mais</p>

	<p>anestesistas dentro do bloco... deveria ser um bocado maior.“ E11</p> <p>“A área de recobro que apesar de ter crescido, agora temos mais uma sala e devíamos ter um bocado mais de espaço. “ E11</p> <p>“O recobro deve ter o número de camas suficientes para quando estão as três salas a funcionar, termos uma maca de recobro equivalente a cada doente que está a ser operado e uma livre que vai revezando para o doente que vai vir a seguir” E12</p> <p>“Uma coisa logo importante para funcionar é o espaço, no nosso BO há espaços com dimensões inferiores ao que deveriam ter, nomeadamente as próprias salas, os vestiários” E14</p> <p>“Deve permitir que o fluxo das salas permita que o recobro dê resposta, ou seja que o recobro tenha as dimensões e número de macas suficiente para permitir o doente fazer o recobro adequado e não interferir no fluxo de funcionamento das salasE15</p> <p>“Em termos de instalações o nosso bloco não passa de uma casa velha por isso para expandir ou cresce invadindo espaços de outros serviços ou então conquistar espaço exterior... em parte foi o que aconteceu da ultima vez, com a criação da terceira sala e com o arsenal cirúrgico, que foram buscar espaço ao exterior. As salas operatórias parecem-me adequadas a fugir um bocadinho para o pequeno.” E17</p> <p>“As intervenções na estrutura física do hospital são sempre um arremedeio tendo em conta o volume de cirurgias que a gente faz... deveríamos ter outras condições.” E18</p>
Segurança	<p>“que a assepsia seja garantida. Os circuitos devem ser completamente separados quanto possível... com um sistema de pressão positiva, ou seja para não entrar nada bacteriológico... ou microrganismos capazes de provocar infecções para dentro da sala.” E1</p> <p>“sobretudo atender ao chamado risco, clínico e não clínico, e cumprido isto está atingido o objectivo central da estrutura. Avaliar a estrutura a nível não clínico como incêndios, derrocadas, problemas eléctricos, etc., Como risco clínico, evitar a infecção e facilitar a desinfecção, criar condições que não contribuam para a infecção, fluxos laminares, colocar superfícies laváveis... ou seja desde que se elimine o risco clínico e não clínico a estrutura satisfaz. Na estrutura o mais importante são os critérios de segurança, que é avaliada por risco clínico e não clínico, portanto é preciso estudar fluxo de doentes, fluxos de pessoas, fluxos de materiais e equipamentos, circuitos de limpos e sujos” E2</p> <p>“Não está tão restringido o acesso ao bloco quanto o desejado... Temos sinalização de central de gases e temos uma unidade eléctrica específica para o bloco... é o que eles consideram o topo em termos de qualidade e de segurança” E4</p> <p>“A farmácia faz a gestão, assim como os prazos de validade.” E4</p> <p>“O sistema de ar condicionado está bem, cumpre as exigências dentro de um bloco operatório, com o número de ciclos por minuto... está tudo dentro do que é regulamentado... é feita a substituição dos filtros, também dentro dos prazos recomendados” E4</p> <p>“o bloco tem de ficar a funcionar mesmo que haja uma falha geral da rede eléctrica.” E7</p> <p>“O bloco tem de ser entendido como um santuário... não é admissível que possa não existir um circuito de sujos nem um circuito de limpos... que se circule livremente dentro e fora do bloco... que não é garantida a estanquicidade do bloco... e é preciso que as pessoas saibam e tenham consciência para que serve um BO... e as pessoas têm de aprender a respeitar o santuário BO.” E8</p> <p>“As entradas são comuns. Deveríamos ter entradas separadas e com as barreiras apropriadas para a parte de sujos e para a parte de limpos, entramos todos nós, entram os materiais e entram os doentes. Temos os cuidados básicos e mais alguns específicos para a separação entre as barreiras para zonas limpas e zonas sujas, mas às vezes há falhas.” E12</p>



	<p>“há circuitos comuns para tudo... há uma via única de ida e volta... o que em termos práticos não é o mais correcto.” E17</p> <p>“A máquina de lavar ferros é também de topo” E4</p> <p>“Acho as instalações um aspecto importantíssimo, ou seja não posso operar numa sala que considero um local limpo e esterilizado e seguro para um doente se tem o risco de um curto-circuito, humidade na sala, uns aparelhos que não estão limpos, que estão mal suspensos, que tropeçam os fios uns nos outros, isto é, a organização de uma sala é essencial para que a cirurgia corra bem.”E13</p>
Infra-estrutura física ideal	<p>Sala de indução</p> <p>“uma sala para indução, era bom” E4</p> <p>“uma sala de indução era ótimo, porque o doente estava preparado” E5</p> <p>“A necessidade de uma sala de indução depende dos ritmos que se queira imprimir ao bloco” E7</p> <p>“só faz sentido se for para ser usada, se mantêm-se um ritmo cirúrgico relativamente baixo como até agora não faz sentido ter uma sala de indução” E7</p> <p>“Uma sala de indução seria muito importante para efectuar técnicas pré-operatórias que permitem dar mais qualidade ao doente e são complementares para a anestesia e controlo da dor e que não nos atrasem em termos de rendimento do bloco.” E15</p> <p>Sala de espera cirúrgica</p> <p>“uma sala onde o doente espere antes de entrar para a sala de operações... neste momento ele fica ali no corredor onde toda a gente passa.” E3</p> <p>“O doente chega ali e fica no corredor... Se ele tivesse uma salinha” E3</p> <p>“um espaço dedicado ao doente antes de ser operado” E4</p> <p>“Uma coisa que nos faz falta é uma salinha para onde o doente pode-se ir esperar antes de se iniciar a cirurgia, porque a espera no corredor não é de muita qualidade..., é onde toda a gente passa, toda a gente fala e isso deve incomodar e provocar maior ansiedade no doente.” E11</p> <p>Circuitos de Limpos/sujos</p> <p>“O BO deve ter circuitos de sujos e limpos claramente separados... claro que há hospitais que isso não é possível, mas dentro do possível devem ter circuitos de sujos e limpos separados... ter um circuito, tipo de “fábrica”, o doente entrar para uma zona em que claramente não há contacto com o exterior” E1</p> <p>“é preciso estudar fluxo de doentes, fluxos de pessoas, fluxos de materiais e equipamentos, circuitos de limpos e sujos” E2</p> <p>“Circuito adequado de bens, serviços e pessoas” E3</p> <p>“Entradas independentes de doentes e material seria o ideal” E4</p> <p>“não faz muito sentido os doentes e os profissionais entrarem todos pela mesma sítio”E7</p> <p>“As entradas são comuns. Deveríamos ter entradas separadas e com as barreiras apropriadas para a parte de sujos e parte de limpos..., entramos todos nós, entram os materiais e entram os doentes. Temos os cuidados básicos e mais alguns específicos para a separação entre a barreira para zonas limpas e zonas sujas..., mas às vezes há falhas.”E12</p> <p>“O fluxo de sujos e o fluxo de doentes totalmente separados, os doentes devem ter uma entrada totalmente separada quer dos funcionários quer dos circuitos de limpos e</p>

	<p>sujos e materiais.” E15</p> <p>“Em termos de circuitos não podemos pensar muito neles, porque em termos teóricos de como deveria ser é um caos ou seja não existe circuitos para nada, ... há circuitos comuns para tudo... há uma via única de ida e volta... o que em termos práticos não é o mais correcto. Há espaços comuns quer da obstetrícia e sala de partos partilhados com o bloco. No nosso bloco não há circuitos, há uma entrada única onde entra tudo, entra doentes, entra material, entra pessoal, limpos e sujos e essa mesma porta de entrada é a mesma porta de saída... que acaba por não ser o mais correcto.”E17</p> <p>“Em termos de instalações trabalhamos com uma certa precariedade, não há circuito de limpos e de sujos, um sitio qualquer para esterilizar melhor algumas coisas.” E18</p>
Ambiente de trabalho	<p>“relativamente à luminosidade tem duas salas com janelas. Portanto, luz natural só tem em três espaços do serviço, numa sala de operações, a arrecadação e também temos o espaço polivalente, de resto é tudo luz indirecta... em termos de iluminação não está mal, embora a luz artificial é sempre um aspecto menos saudável.” E4</p> <p>“A temperatura que também é regulada pelo ar condicionado que já falei. Às vezes anda com algumas variações, mas penso que também tem a ver com a temperatura ambiente do exterior e nem sempre se consegue regular isso. A humidade também está controlada.” E4</p> <p>“O ruído são as pessoas que o fazem, porque a nível do equipamento não temos assim produção de muito ruído, os equipamentos são recentes, não existe assim grande poluição a nível de equipamento, são as pessoas que o fazem, acho que é cultural. As pessoas entusiasma-se a falar, falam alto, falam umas para as outras para o fundo do corredor e é complicado.” E4</p> <p>“acho que devia ter uma temperatura estável, não ter ruído, uns gostam de operar com música outros gostam de operar sem música, o ambiente sereno e calmo... acho que musica não faz mal a ninguém, até relaxa, a pessoa está ali concentrada pode estar a ouvir a sua musiquinha desde que não seja uma música pimba nem nada disso.” E16</p>

*Quadro 11. Instalações do BO*

O bloco Operatório é um sistema bastante complexo, devendo incluir critérios específicos nas suas instalações nomeadamente as dimensões. No Decreto Regulamentar nº 63/94 de 2 de Novembro das instituições privadas de saúde são apresentadas dimensões mínimas a serem consideradas nas instalações: “Sala de operações, com área de 36 m<sup>2</sup> e largura de 5,5 m... Sala de Indução anestésica, quando a houver, com a área de 14 m<sup>2</sup> e largura de 3,5 m... Recobro ou Unidade de Cuidados Pós-anestésicos (UCPA) com a área de 24 m<sup>2</sup> e capacidade para um número de camas não inferior ao número de salas de operações... Sempre que o número de camas seja superior a duas, haverá um acréscimo da respectiva área de 8 m<sup>2</sup>/cama... Sala de trabalho de enfermagem, com área de 12 m<sup>2</sup>”

Para determinar as dimensões referentes às salas de operações é necessário conhecer a sua utilização, se são só para uma valência ou valências múltiplas, e quais os equipamentos que se prevêem utilizar, no entanto a área mínima deve ser de 36 m<sup>2</sup>, com uma altura mínima de 3 metros (AESOP, 2006), no discurso dos nossos participantes isto está patente, como por exemplo:

“Uma coisa logo importante para funcionar é o espaço, no nosso BO há espaços com dimensões inferiores ao que deveriam ter, nomeadamente as próprias salas, os vestiários” E14

Segundo a Union Nationale des Associations d'Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'État (2001, p.11), “O bloco operatório exige precauções suplementares, o mesmo acontecendo com outros serviços protegidos: reanimação, unidades de transplante, ou que recebem pacientes imunodeprimidos.” A segurança a este nível incorpora características que previnem ou controlam o potencial de infecção, incêndio, explosão, e riscos químicos e eléctricos (Pierson in Meeker e Rothrock, 1997). Nas narrativas dos entrevistados sobressai aspectos relacionados com a segurança, como podemos observar a seguir.

“que a assepsia seja garantida. Os circuitos devem ser completamente separados quanto possível... com um sistema de pressão positiva, ou seja para não entrar nada bacteriológico... ou microrganismos capazes de provocar infecções para dentro da sala.”

E1

No Decreto Regulamentar nº 63/94 de 2 de Novembro, no âmbito dos requisitos mínimos a considerar no bloco operatório é referido o seguinte:

“1.1 - Sala de operações...

1.3 - Sala de Indução anestésica, quando a houver...

1.4 - Recobro ou unidade de Cuidados Pós-anestésicos (UCPA) com a área de 24 m<sup>2</sup> e capacidade para um número de camas não inferior ao número de salas de operações;

14.1 - Sempre que o número de camas seja superior a duas, haverá um acréscimo da respectiva área de 8 m<sup>2</sup>/cama.

1.4.2 - O recobro ou Unidade de Cuidados Pós-anestésicos (UCPA) poderá ficar localizado fora do bloco Operatório, em zona anexa no mesmo piso.

1.5 - Zona de desinfecção de pessoal,

1.6 - Sala de trabalho de enfermagem, com área de 12 m<sup>2</sup>,

1.7 - Entradas independentes para doentes e material;

1.8 - Vestiários de pessoal, com ligação independente à zona operatória;

1.9 - As dimensões referidas nos números anteriores correspondem aos valores mínimos exigidos”

Estes aspectos também se encontram descritos pela AESOP que defende a necessidade da existência mínima de três salas de operações para a rentabilidade do bloco operatório (AESOP, 2006). Nas narrativas dos participantes, as infra-estruturas físicas mais verbalizadas foram, a sala de indução, sala de espera cirúrgica e os circuitos de limpos e sujos.

Quanto à sala de indução, as opiniões dos participantes não foram unânimes,

“uma sala para indução, era bom” E4

“só faz sentido se for para ser usada, se mantêm-se um ritmo cirúrgico relativamente baixo como até agora não faz sentido ter uma sala de indução” E7

Quanto à sala de espera cirúrgica,

“uma sala onde o doente espere antes de entrar para a sala de operações... neste momento ele fica ali no corredor onde toda a gente passa.” E3

Para os circuitos de limpos/sujos

“é preciso estudar fluxo de doentes, fluxos de pessoas, fluxos de materiais e equipamentos, circuitos de limpos e sujos” E2

As condições ambientais devem ser uma preocupação na segurança do utente, mas também, para garantir condições adequadas para o trabalhador, nomeadamente a iluminação, climatização, a distribuição do ar, ruído, a temperatura e humidade.

A temperatura deve ser mantida entre 21° e 23,8° C e a humidade relativa deve estar entre 50 a 60%, deve ser ainda criada pressão positiva dentro da sala (Pierson in Meeker e Rothrock, 1997). “Todos os factores ambientais devem ser monitorizados e haver registos que comprovem o seu bom funcionamento, em especial aqueles que podem ser mais graves para a saúde dos profissionais” (AESOP, 2006, p. 67).

“acho que devia ter uma temperatura estável, não ter ruído, uns gostam de operar com música outros gostam de operar sem música, o ambiente sereno e calmo... acho que musica não faz mal a ninguém, até relaxa, a pessoa está ali concentrada pode estar a ouvir a sua musiquinha desde que não seja uma música pimba nem nada disso.” E16

No âmbito dos atributos estruturais é ainda possível encontrar as características referentes aos equipamentos. A evolução técnica e científica dos últimos anos colocou no mercado uma imensidão de equipamentos para o Bloco Operatório. No discurso dos participantes é visível a referência vinculada a esta categoria de equipamentos conforme demonstrado no quadro 12.

<b>Categoria: Equipamentos</b>	
<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
Equipamento de topo no BO... uma realidade necessária ou prescindível	<p>“Ter maquinaria, instrumental cirúrgico, o próprio sistema de informação nas salas, tem de ser sempre de ponta” E1</p> <p>“Temos equipamento médico-cirúrgico, no bloco operatório, de excelência.” E1</p> <p>“A mesa de recém-nascido, está de acordo com o melhor que existe no mercado” E4</p> <p>“O BO tem de estar sempre muito equipado e apetrechado” E4</p> <p>“os equipamentos devem ter a qualidade de acordo com os objectivos a que nos propomos quer em termos genéricos quer em termos específicos a cada cirurgia” E8</p> <p>“só podemos fazer muito bem e muito rápido se também tivermos equipamentos na quantidade certa para aquilo que nos propomos efectuar” E8</p> <p>“o material do bloco vai-se gastando e os equipamentos vão-se gastando e precisa de ser substituídos a médio prazo” E7</p> <p>“no bloco operatório são coisas caríssimas” E5</p> <p>“as entidades da gestão abalam sempre quando são coisas para o bloco” E5</p> <p>“nós utilizarmos muito material, material caríssimo no bloco e tem de haver algum cuidado em não abrir as coisas sem ter a certeza de que essas coisas são necessárias” E5</p>
Fiabilidade e manutenção dos equipamentos	<p>“os equipamentos hoje são de ponta mas daqui a 10 anos estão obsoletos” E1</p> <p>“operar em meia hora com um determinado equipamento e com outro mais barato demora-se o dobro do tempo” E1</p> <p>“a sua substituição será feita quando surja no mercado inovações que realmente justifiquem a sua substituição... quando aumentem verdadeiramente a segurança ou quando não garantem a segurança para a sua função ou então atinjam o seu tempo de semivida” E2</p> <p>“a qualidade dos equipamentos têm haver em estarem o mais adequados, ao objectivo das práticas habituais do BO... não vou comprar um equipamento de laser se nunca vou fazer tratamentos a laser” E2</p> <p>“muitas vezes dizem que falta, adquire-se e depois nem sempre são utilizados” E4</p> <p>“não correr o risco de se adquirir coisas que depois não são consumidas e tornam-se obsoletas mesmo antes de serem consumidas” E4</p> <p>“Outros meios de esterilização não se ponderam, tanto para óxido de etileno como para plasma, isso implicaria obras e custos muito elevado, não temos necessidade.” E4</p> <p>“os equipamentos não precisam de ser os mais caros mas os mais fiáveis” E2</p> <p>“é tão importante o equipamento que eu sou contra a aquisição de equipamento” E1</p> <p>“eu sou defensor do rating, o aluguer, para ter sempre a tecnologia de ponta” E1</p> <p>“os equipamentos hoje são de ponta mas daqui a 10 anos estão obsoletos, e adquirir</p>

	<p>um equipamento para ficar um mono não vale a pena.” E1</p> <p>“sou 100% defensor do rating” E1“</p> <p>“ficamos com o equipamento mais barato mas depois ficamos com o equipamento que nunca mais é trocado” E1</p> <p>“Uma coisa é pedir aparelhagens novas com senso e medida, outra coisa é pedir por pedir, que depois não vão ser utilizadas ou que não encaixam nas que já têm, portanto é um gasto brutal de dinheiro que eu como pagadora de impostos espero bem que não deixem fazer, não sou nada contra em pensar-se direitinho em comprar material como deve ser e haver consensos e haver reuniões entre as diversas áreas cirúrgicas para poder partilhar, digamos assim, material que possa ser utilizado por todos e depois na escolha de material tudo esteja encaixado, se não um escolhe um Storz, outro escolhe não sei quantos e outro escolhe uma coisa qualquer que não encaixa em nenhuma das outra, quer dizer isto não pode ser.” E13</p> <p>“Há também o desejo de ter tudo, e acaba-se depois por comprar algumas coisas por impulso. Pensava-se fazer determinadas técnicas cirúrgicas, determinado procedimentos cirúrgicos e não se fazem, depois esse tipo de material acaba por ficar obsoleto porque não é utilizado e fica encostado a um canto..., isto em termos económicas tem os seus custos, porque quanto maior o gasto... mais condicionado financeiramente, depois a aquisição em outros materiais, porventura mais úteis e necessários para o serviço, serão de mais difícil aquisição.” E17</p>
Especificidade do equipamento no BO	<p>“os equipamentos devem ser aqueles que garantem a maior fiabilidade” E2</p> <p>“os autoclaves não são novos mas também cumprem as exigências” E4</p> <p>“tenha uma manutenção programada.” E4</p> <p>“é testado, sofre manutenção e está operacional.” E4</p> <p>“os testes são feitos conforme é recomendado e estão dentro dos níveis exigidos” E4</p> <p>“toda a gente pensa em construir e meter lá coisas mas depois ninguém pensa na manutenção equipamentos” E7</p> <p>“Devem existir testes periódicos para o gerador automático para o caso da falha de rede eléctrica” E7</p> <p>“os contratos de manutenção não são salvaguardados” E7</p> <p>“deve haver contractos de manutenção garantidos para todo o equipamento” E2</p> <p>“não há planeamento para manutenção dos equipamentos” E7</p> <p>“Há algumas manutenções preventivas que poderiam ser feitas mas não há planeamento, ninguém as planeia” E7</p> <p>“E uma coisa muito importante, que é periodicamente, de 4/4 meses todo o material é revisto para ver se está todo a funcionar bem, porque é material reesterilizado de ser afinado e precisa de ser feita uma supervisão datada para todo o material ser revisto,.. ver se as caixas estão completas, se há material que precisa de ser reparado ou até substituído.”E14</p>

#### *Quadro 12. Equipamentos no BO*

Os equipamentos no bloco operatório assumem algumas especificidades, que segundo o Decreto Regulamentar nº 63/94 de 2 de Novembro, deverão ser a nível de equipamento básico por cada sala de operações, onde deve constar a mesa operatória, candeeiro de luz sem sombra, equipamento anestésico de acordo com as normas internacionais de segurança, e

equipamento geral de apoio. Quanto ao equipamento de monitorização em cada sala de operações deverá existir aparelho de avaliação de tensão arterial, aparelho de leitura de electrocardiograma e frequência cardíaca com alarmes, oximetria capilar, capnómetro, aparelho de determinação de gases anestésico para circuito semifechado e estimulador de nervos periféricos. Também deve constar do equipamento do bloco operatório carro de emergência com desfibrilhador e equipamento de ventilação manual e aparelho de RX portátil. Vários são os discursos dos participantes onde está patente, a pertinência desse equipamento:

“os equipamentos devem ter a qualidade de acordo com os objectivos a que nos propomos quer em termos genéricos quer em termos específicos a cada cirurgia” E8

A tecnologia dos equipamentos e a sua aquisição devem estar dependentes de uma correcta avaliação, nomeadamente no âmbito da segurança, eficácia, relação custo-benefício e impacto social (Watson, in Meeker e Rothrock, 1997). Porém, as escolhas dos equipamentos devem estar dependentes dos aspectos organizacionais e dos procedimentos anestésicos/cirúrgicos, sem poder esquecer a viabilidade económica das mesmas (AESOP, 2006), como se pode ver no depoimento deste participante:

“a qualidade dos equipamentos têm haver em estarem o mais adequados, ao objectivo das práticas habituais do BO... não vou comprar um equipamento de laser se nunca vou fazer tratamentos a laser” E2

As diferentes técnicas utilizadas num bloco operatório obrigam à utilização de numerosos dispositivos e equipamentos. A manutenção dos equipamentos devem estar incluídos no normal funcionamento da instituição, através dos próprios utilizadores e a realização de tarefas de manutenção simples, sendo assim existem dois tipos de manutenção. A manutenção preventiva efectuada segundo critérios pré-determinados, com a intenção de diminuir a probabilidade de “deficits” de funcionamento e a manutenção correctiva efectuada pelo utilizador após uma falha de funcionamento.

“deve haver contractos de manutenção garantidos para todo o equipamento” E2

Os recursos financeiros representam os meios económicos detidos pela organização e que podem ser utilizados no financiamento da actividade corrente e/ou na realização de novos

investimentos. Da análise das entrevistas sobressaem os recursos financeiros afectos ao BO conforme apresentado no quadro 13.

<b>Categoria: Recursos financeiros</b>	
<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
Recursos financeiros e impacto na qualidade	<p>“a qualidade não será influenciada pelos recursos financeiros” E1</p> <p>“se o dinheiro der para aquilo que é essencial não influencia em nada” E2</p> <p>“Em relação à quantidade produzida sem dúvida alguma que a remuneração faz toda a diferença” E1</p> <p>“Poderá só afectar se pagarmos mal” E1</p> <p>“Se isto funcionasse numa lógica meramente pago pelos melhores, se calhar podia ter cá profissionais uns mais competentes e mais preparados simplesmente pela questão da remuneração” E1</p> <p>“deveriam também ter algum retorno em termos materiais, que é impossível com as pessoas com contracto em funções públicas” E3</p> <p>“as pessoas são pagas pela carreira, recebem o vencimento, se fazem horas extras são pagas, se fazem produção adicional recebem o acordado entre as partes e não há outras formas de compensar o pessoal.” E4</p> <p>“Às vezes recompensamo-las convidando para integrar um projecto mas compensamos de uma forma que é vou dar-te mais trabalho e assim vou compensar-te” E3</p> <p>“Os profissionais de saúde são mal pagos para os cuidados que prestam.” E7</p> <p>“Os recursos financeiros podem não ser o mais importante na qualidade no BO, isto porque às vezes pode-se ter uma verba avultada e a continuar a não haver qualidade, portanto uma coisa não implica a outra, ou seja o ter dinheiro disponível, o ter uma boa verba não é sinónimo de qualidade. Às vezes com menos dinheiro, com menos verba consegue-se uma melhor qualidade, mas o menos verbas leva a maiores restrições e ser mais difícil obter uma boa qualidade, mas acho sinceramente que o dinheiro não é o mais importante quando estamos a falar de qualidade, se calhar é mais a gestão do que o dinheiro.” E14</p>
Acautelar os desperdícios	<p>“deve haver um uso criterioso para não haver esbanjamentos.” E2</p> <p>“há mudas, na qualidade mudas são os desperdícios” E3</p> <p>“ainda há muitos desperdícios.” E3</p> <p>“é luxo quando não é usado.” E4</p> <p>“nós temos algumas coisas a mais que não vamos precisar de usar” E7</p> <p>“De uma maneira geral não acho que no bloco haja muito desperdício..., mas deve haver algum. Se a gente tivesse um controlo directo, financeiro e se soubesse quanto é que gasta, quanto é que tem de verba poderia gerir melhor o que se usa, a qualidade e o desperdício. Se a gente soubesse quanto gasta, por exemplo na anestesia poderia fazer uma técnica anestésica mais económica do que outra que implica maior gasto sem interferir com a segurança e a qualidade para o doente..., ou por vezes até pode proporcionar uma qualidade melhor com menos dinheiro. No bloco quem deveria ter mais atenção aos gastos eram os cirurgiões, que por vezes utilizam materiais muito caros e técnicas cirúrgicas que nem sempre trazem melhorias para o doente...!” E11</p> <p>“A organização dessa parte do material é extremamente importante, por isso as comissões do bloco deveriam ser extremamente exigentes na escolha desse material, eu</p>



	não permitiria que fosse gasto dinheiro desnecessário nessas coisas.” E13
Investimento no BO	<p>“A grande parte do dinheiro em termos de equipamento e material de consumo clínico vai todo para o BO” E3</p> <p>“acho que com maior facilidade se consegue disponibilizar verbas para o bloco do que para outras áreas” E4</p> <p>“a nossa administração não põe entraves à modernização dos equipamentos no bloco e as coisas estão a melhorar progressivamente” E7</p> <p>“quanto maior for a recuperação do doente permitida pelo uso da tecnologia, e vendo a vertente económica, é largamente compensado o investimento no equipamento... isso tudo compensa o investimento que foi feito em equipamento e tecnologia” E1</p> <p>“na óptica da despesa para o hospital aquilo que parece ser mais caro pode ficar muito mais barato, por vezes o menor custo directo é o maior custo para a instituição.” E1</p> <p>“O recurso financeiros tem importância..., isto é se nós formos um centro de custos podemos contornar melhor os gastos e ter uma noção mais precisa dos gastos e da qualidade em relação aos consumos.” E11</p> <p>“A parte financeira está sempre mal, mas a administração e a direcção clínica tem estado receptiva às necessidades do bloco. A administração tem-se empenhado em adquirir aquilo que achamos necessário. E12</p> <p>“Penso que nenhuma administração irá negligenciar ou regatear coisas para o bloco.” E13</p>

### *Quadro 13. Recursos financeiros no BO*

Segundo Cphims, Heiser e Gill (2009), o investimento no Bloco Operatório pode ser um poderoso motivador para atrair recursos humanos competentes e qualificados, com hospitais concorrentes as organizações podem utilizar este investimento como um caminho para melhorar drasticamente a sua atractividade. Nas entrevistas sobressai a importância dos recursos financeiros e o seu impacto na qualidade dos serviços de saúde prestados no BO:

“Se isto funcionasse numa lógica meramente pago pelos melhores, se calhar podia ter cá profissionais uns mais competentes e mais preparados simplesmente pela questão da remuneração” E1

A introdução do mercado económico no sistema de saúde fez-se acompanhar de uma maior atenção aos custos laborais de cada serviço ou unidade (Graham in Manley e Bellman, 2003). Das narrativas dos participantes emerge a necessidade de eliminar os desperdícios:

“A organização dessa parte do material é extremamente importante, por isso as comissões do bloco deveriam ser extremamente exigentes na escolha desse material, eu não permitiria que fosse gasto dinheiro desnecessário nessas coisas.” E13

Os investimentos são gastos alocados no activo do empreendimento, em função da sua vida útil ou de benefícios atribuíveis a períodos futuros. São exemplo disso a aquisição de medicamentos e materiais hospitalares, os equipamentos hospitalares, as reformas nas instalações, as acções ou cotas de outras empresas e os equipamentos de informática (Couto & Pedrosa, 2003).

Segundo estudos recentes, actualmente o motor económico da maioria dos hospitais é o bloco operatório chegando até 60% da receita de um hospital mas sendo responsável por 35% a 40% de despesa de um hospital. Como resultado da facturação final, muitas vezes não é bem compreendida por todo o resto do hospital (Cphims *et al*, 2009). No discurso dos participantes denota-se uma preocupação com os investimentos no bloco operatório:

“quanto maior for a recuperação do doente permitida pelo uso da tecnologia, e vendo a vertente económica, é largamente compensado o investimento no equipamento... isso tudo compensa o investimento que foi feito em equipamento e tecnologia” E1

Segundo Kemp e Richardson (1995, p. 52) “O objectivo do sistema de planeamento de recursos humanos é assegurar que os recursos sejam eficazmente utilizados. Isto significa que, entre outras coisas, o número e categorias «adequados» de pessoal sejam atribuídos a cada área onde os cuidados são prestados.” Esta preocupação em relação aos recursos também é visível nas narrativas dos participantes, de acordo com o descrito no quadro 14.

Categoria: Recursos humanos	
Subcategoria	Unidades de registo
Aquisição de competências específicas	<p>“hoje, a selecção de recursos humanos em qualquer empresa é feita em critérios de relacionamento entre colegas superiores e inferiores na hierarquia, depois em questões mais técnicas” E1</p> <p>“exige-se que as pessoas sejam diferenciadas e que tenham treino para aquilo” E2</p> <p>“também se deve apreciar se ele tem as qualidades humanas requeridas” E2</p> <p>“não têm as características próprias para o BO” E2</p> <p>“eu para trabalhar no bloco tenho que ter aptidões, tenho que ter saberes para isso” E5</p> <p>“é preciso pessoal qualificado, é preciso pessoas com aptidões” E5</p> <p>“exige-se que as pessoas sejam diferenciadas” E2</p> <p>“há pessoas com muita qualidade e outras que não têm, essas não deveriam operar” E3</p> <p>“todos deveriam saber pelo menos o imprescindível para actuar, se for necessário, em determinada função de trabalho” E3</p>

	<p>“se calhar, aprofundar mais as competências de alguns.” E3</p> <p>“Seria desejado que entre os enfermeiros houvesse mais especialistas” E4</p> <p>“a classe enfermagem também começa cada vez mais a enveredar por uma sub-especialidade” E6</p> <p>“não há pessoas perfeitas ou profissionais perfeitos que dominem as áreas todas” E6</p> <p>“periodicamente deveria ser validada a competência em determinados aspectos técnicos” E7</p> <p>“serem certificadas para trabalharem dentro do bloco” E7</p> <p>“deveriam ser certificados pelas suas competências e só deveriam entrar na sala de operações aqueles que estão certificados” E7</p> <p>“Não é compreensível que pessoas não habilitadas estejam a ajudar uma cirurgia, por mais representantes de casas que sejam” E7</p> <p>“se por exemplo uma casa mandar um vendedor e este ajudar na cirurgias...depois não se sabe porque há os incidentes” E7</p> <p>“deveria haver uma certificação formal para trabalhar dentro da sala de bloco e muito mais para se aproximar dos campos esterilizados ou entrar na cirurgia.” E7</p> <p>“deveria ser atendido os aspectos... de relação interpessoal” E2</p> <p>“O período de aprendizagem tem de ser bem controlado e não pode nunca alguém que está a aprender substituir um profissional, e isso é que eu penso que às vezes facilitamos um bocado.” E13</p> <p>“A atribuição de tarefas específicas às pessoas e depois vem a tal qualificação dos profissionais para desempenhar essas tarefas, por exemplo um enfermeiro instrumentista de ortopedia nunca vai instrumentar da mesma forma a cirurgia,... até pode ser um instrumentista que instrumenta tudo, mas se instrumenta tudo nunca vai ser tão bom numa área como se instrumentasse só essa determinada área” E14</p> <p>“Cada vez mais as pessoas dentro do BO deveriam ser preparadas e diferenciadas na área que estão a desempenhar, na parte médica geralmente já acontece isso cada um dedica-se mais a uma determinada área ou sub-especialização, na parte de enfermagem deveria haver uma distinção entre os enfermeiros que instrumentam e circulam e os enfermeiros da anestesia, mesmo na instrumentação deveriam estar por áreas cirúrgicas por exemplo ortopedia, cirurgia, etc. Quando isso acontece nota-se a diferença de actuação em termos do conhecimento teórico e da prática, trabalhamos todos muito melhor.” E15</p> <p>“Quanto a mim deveria haver um período de adaptação em que a pessoa ficava condicional numa perspectiva de o serviço obrigatoriamente o admitir mas sim de lhe dar a oportunidade de sair se não tiver qualidades adequadas para trabalhar no bloco. O BO é um serviço muito exigente, que dependemos muito uns dos outros, e quando as pessoas não têm uma boa performance o serviço recente-se.” E17</p> <p>“O BO deveria ser uma espécie de um santuário, onde deve trabalhar apenas quem tem aptidão e satisfação e competência para trabalhar no bloco operatório” E18</p>
Rácios adequados	<p>“o elemento da limpeza, o anestesista, os dois/três cirurgiões (principal e ajudantes) e os três enfermeiros (instrumentista, circulante e de anestesia)” E1.</p> <p>“Por exemplo um médico, um enfermeiro e um auxiliar que são os três grupos profissionais diferentes no BO” E1</p> <p>“Em todas as cirurgias deveria ter um cirurgião e um ajudante no mínimo, em cirurgias diferenciadas deveria ter 2 ajudantes” E4</p> <p>“A lotação está acertada, mas não exagerada.” E4</p> <p>“tem três enfermeiros por sala sempre, nas 24 horas e por dia e tem sempre recobro assegurado na cirurgia programada” E4</p>

	<p>“A cirurgia de urgência não tem enfermeiro de recobro... o volume é tão reduzido que não se justifica mais um posto de trabalho” E4</p> <p>“O técnico de RX, agora é chamado quando é necessário” E4</p> <p>“sempre que vem equipamento de fora do BO vem um técnico” E4</p> <p>“Á uma equipa tipo que tem de ser assegurado, um anestesista por sala, um cirurgião e pelo menos um ajudante, com instrumentista e um enfermeiro circulante e outro de anestesia. Esta equipa tipo é mantida sempre, quer para a urgência quer para o programa de rotina. Esta equipa tipo é assegurada para todas as cirurgias.” E12</p> <p>“Em termos de recursos humanos acho que é importante o número, ter pessoas nem a mais nem a menos e para isso há regras definidas. Aqui o que sente às vezes mais falta é mais um elemento nas equipas nas cirurgias maiores, ou seja um 2º ajudante. Mas habitualmente está bem, um anestesista, dois cirurgiões, três enfermeiros e isso é um garante da qualidade.” E14</p>
Especificidades profissionais	<p>“A escassez de profissionais de alguns grupos como é o caso dos médicos... quase basta ser para ter direito a um lugar no hospital” E1</p> <p>“A organização da equipe médica nem sempre funciona bem. Os médicos também têm um regime de trabalho um bocadinho diferente dos enfermeiros, porque têm outras áreas de actividade. Enquanto os enfermeiros têm o seu posto de trabalho no bloco, os médicos tem de responder a outras actividades..., têm urgência, têm consulta e blocos, portanto não são fixos. Por isso muitas vezes não é fácil planejar porque nunca se sabe quem é a pessoa que vem para o bloco. Dentro de cada serviço há a sua forma de organização..., acho que melhoraria. Apesar de tudo..., também entrou gente nova com outra perspectiva de trabalho..., tem vindo a melhorar.” E4</p> <p>“Os médicos também têm um regime de trabalho um bocadinho diferente dos enfermeiros, porque têm outras áreas de actividade...têm urgência, têm consulta e blocos, portanto não são fixos” E4</p> <p>“Os médicos têm um horário de urgência de 24 horas mas os enfermeiros fazem urgência em horário que não são fixos, que é rotativo” E7</p> <p>“Os médicos são um grupo difícil de controlar, mesmo dentro da classe nas diversas direcções de serviço... e isso compromete a própria organização do serviço.” E4</p> <p>“Os enfermeiros apenas têm como posto de trabalho o bloco, por isso é mais fácil fazer a gestão, eles têm 35 ou 40 horas de trabalho consoante o vínculo que têm com a instituição e as escalas são feitas para aquele serviço e para aquelas funções, funciona bem, não há problema.” E4</p> <p>“O pessoal auxiliar rege-se um bocado pelos horários dos enfermeiros em termos de escalas..., as escalas são as mesmas... é muito fácil de fazer a gestão, cada um sabe o que em cada turno tem para fazer....O horário também tem particularidades estranhas por causa destas actividades que eles têm que fazer, como horas de urgência” E4</p> <p>“Os horários têm sempre uma vertente que é o contracto de trabalho além do horário ideal. O ideal quanto às cirurgias era que quem comesse estivesse até ao fim..., os horários devem estar adaptados para garantir isto..., depois há os horários normais de funcionamento de um bloco de modo a retirar o máximo aproveitamento dos recursos materiais e humanos.” E2</p> <p>“O horário também tem particularidades estranhas por causa destas actividades que eles têm que fazer, como horas de urgência..., que é mesmo de carreira. Eles têm algumas limitações que fazem questão de cumprir, os enfermeiros eram capazes de dar a volta para bem do doente.” E4</p> <p>“Verifica-se falhas quando elementos têm horário não concordantes, por exemplo os elementos de cirurgia entrarem às 9:00h que não corresponde ao horário dos restantes elementos do bloco, afecta sobretudo a relação da equipa e a produtividade, porque umas pessoas entravam a uma hora e os cirurgiões uma hora depois não pode ser... não funciona, portanto deve ser igual. Sobre tudo no bloco é onde se nota mais que o trabalho de equipa e as pessoas em equipa têm de estar todas a funcionar da mesma maneira e</p>

	com os mesmos horários. Esta incompatibilidade de horários só cria conflitos, atritos e reduzem a produtividade.” E11
--	---

#### *Quadro 14. Recursos Humanos no BO*

As competências “são conjuntos de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência da acção, adquirida ao longo do tempo de forma empírica, não sistematizada, que se manifestam em situações concretas de trabalho, tornando-se difícil de avaliar” (Pires, 1993). No bloco operatório, tal representa a aquisição de um conjunto de conhecimentos, habilidades e práticas necessárias para uma prática de qualidade.

“exige-se que as pessoas sejam diferenciadas e que tenham treino para aquilo” E2

“todos deveriam saber pelo menos o imprescindível para actuar, se for necessário, em determinada função de trabalho” E3

Um dos itens a considerar no âmbito dos recursos é a dotação de pessoal. O Conselho Regional Norte da Ordem dos médicos (2000) no parecer relativo à constituição de equipas cirúrgicas, defende que, “em quaisquer actos médicos e, particularmente, nos actos cirúrgicos em que a vida ou uma importante função possam estar em risco a equipa mínima a estar presente/disponível no bloco operatório seja constituída por um cirurgião autonomamente competente na execução da técnica e por, pelo menos, um ajudante, médico”

A Ordem dos Médicos (2008), na Declaração de Princípio Equipa de Anestesiologia no Serviço de Urgência, refere que a anestesiologia assume um papel fundamental na actividade do bloco operatório justificando a necessidade de um médico com especialidade de anestesiologia em presença física por cada sala de operações em funcionamento e o apoio contínuo e imediato de um médico anestesiologista à Unidade de Cuidados Pós-anestésicos. O recobro exige médico Anestesista em presença física (se o movimento assim o justificar) ou, no mínimo, em grande proximidade.

As várias funções do enfermeiro peri-operatório são: do enfermeiro de anestesia, do enfermeiro circulante, do enfermeiro instrumentista e a função do enfermeiro na Unidade de Cuidados Pós-anestésicos, salientando que “Qualquer das funções do enfermeiro peri-operatório é essencial, com idêntica importância na prestação de cuidados peri-operatórios” (Cambotas *et al*, in AESOP, 2006, p. 108), a preocupação com a dotação adequada de recursos humanos no BO é testemunhada deste modo por um dos entrevistados:

“Em termos de recursos humanos acho que é importante o número, ter pessoas nem a mais nem a menos e para isso há regras definidas. Aqui o que sente às vezes mais falta é mais um elemento nas equipas nas cirurgias maiores, ou seja um 2º ajudante. Mas habitualmente está bem, um anestesista, dois cirurgiões, três enfermeiros e isso é um garante da qualidade.” E14

A dificuldade da gestão dos recursos profissionais recai sobre a especificidade de alguns grupos profissionais. Num estudo sobre a sociologia dos serviços hospitalares, Carapinheiro (1993) salienta que de todas as categorias profissionais envolvidas na complexa divisão do trabalho no domínio da saúde, a única que é verdadeiramente autónoma é a profissão médica. Autonomia essa sustentada pelo domínio do seu saber e da sua competência técnica, acabando por deter uma posição estrutural na divisão do trabalho diferente da de qualquer outra categoria profissional, reflectindo a existência de uma hierarquia de competência institucionalizada (Carapinheiro, 1993), verificando-se isso no discurso dos participantes

“Os médicos também têm um regime de trabalho um bocadinho diferente dos enfermeiros, porque têm outras áreas de actividade...têm urgência, têm consulta e blocos, portanto não são fixos” E4

Os recursos organizacionais englobam o modo como as actividades de uma organização são divididas, organizadas e coordenadas, sobressaindo esta categoria nas narrativas dos entrevistados, conforme evidenciado no quadro 15.

<b>Categoria: Recursos organizacionais</b>	
<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
Actividade pré e pós operatória	<p>Consulta de Enfermagem</p> <p>“A consulta de enfermagem que é fundamental também para enquadrar o doente, para ter a documentação toda, para não haver nenhum equívoco, não haver falhas banais como por exemplo adiar a cirurgia por ter comido no período prévio da cirurgia, que é ridículo mas que pode acontecer por falta de informação. Por isso a consulta de anestesia, a consulta de enfermagem próximo do dia da cirurgia.” E1</p> <p>“nós devíamos ter uma consulta de enfermagem que devia ser feita no dia anterior a cirurgia onde nós, aí sim, aí podíamos dar mais informação ao doente para o doente se sentir menos ansioso, para ter um conhecimento maior daquilo que vai fazer porque muitas vezes o que acontece, o próprio cirurgião, o próprio anestesista que fazem as consultas não dão a informação que o doente necessita, e o doente chega ao bloco e questiona-nos de muita coisa ainda e nós muitas vezes ou por não ter tempo ou por também às vezes não sabermos muito bem se o outro já disse, já deu a informação ou não</p>

	<p>deu, e há muita informação que dávamos nós com uma consulta de enfermagem. Poderíamos realmente fornecer mais informação que o doente muitas vezes precisa” E5</p> <p>Visita pré-operatória e pós-operatória</p> <p>“A visita pré-operatória já surge noutra contexto que também se enquadra nesse, mas a visita surge num contexto mais de nós termos além dessa parte temos também a actuação do doente, para nós antes de o doente entrar no bloco já termos um conhecimento sobre aquilo que o doente vai fazer, o doente já nos conhecer, vai tudo dar há qualidade dos cuidados, porque nós ao fazermos a visita pré-operatória, estamos a melhorar a qualidade dos cuidados em relação ao doente.” E5</p> <p>“A visita de enfermagem pré-operatória e pós-operatória também é importantíssima, mas isso já funciona.” E7</p> <p>Consulta de Anestesia</p> <p>“Deveria haver uma preparação prévia com ensino do doente..., A consulta de anestesia deveria ser obrigatória.” E7</p> <p>“Tanto a visita pré-operatória de enfermagem como a consulta pré anestésica são importantes, no entanto quanto há consulta de anestesia por vezes as coisas não correm bem..., isto porque a lista de espera é grande por vezes o doente vai à consulta de anestesia e o anestesista até pede exames depois não voltou a ver o doente e depois quando chegam ao bloco falta-lhes alguma coisa que entretanto se perdeu nos meandros da consulta de cirurgia e anestesia..., o que já aconteceu por diversas vezes os doentes não serem operados porque já foram vistos à meia dúzia de meses pela anestesia que até pediu um exame e esse doente não é reavaliado por anestesia depois de fazer o exame, nunca mais lhe marcam consulta, e quando chega ao bloco para ser operado não tem as condições anestésicas adequadas e é chumbado e volta para trás. Ou seja, o doente é internado para ser operado, incompletamente estudado e que depois quando chega ao bloco falta alguma coisa e o doente vai para trás.” E10</p> <p>“Geralmente os doentes da rotina têm uma consulta anestésica que nos põe em contacto com os doentes e as suas famílias o que já é muito bom, por outro lado a enfermagem tem implementada uma visita pré-operatória e pós-operatória que é bom para os doentes e para os familiares. E12</p> <p>“Eu acho que em termos de processos até funciona bem, por exemplo na UCA eles tem o agendamento de uma consulta, na consulta se decidirmos que é para operar eles entram para a lista de espera, depois tem uma consulta de anestesia, depois uma consulta de enfermagem que lhes explica os procedimentos que têm de ter para aquele pré e pós-operatório, ou seja envolvem o doente no processo dos cuidados de saúde, depois são acompanhados pelo enfermeiro até à sala de operações e até à saída, ... até terem alta, na alta são dados papeis com recomendações próprias, ... com cuidados a ter e posteriormente, um dia ou dois depois ligam a saber como estão e têm passado... e acho que isso funciona bem. E18</p>
Políticas de Gestão	<p>“O envolvimento do topo até à base..., a criação de uma cultura, os processos de pilotagem e os processos de autocritica de cada elemento e autocritica da equipa e depois..., da auditoria..., avaliação externa e interna..., como factores críticos, quer pessoais quer colectivos, quer mesmo como garantia garantida da qualidade total.” E2</p> <p>“Se a gestão de topo não estiver envolvida não adianta, a gestão de topo tem de estar envolvida, a gestão directa do serviço muito mais, também tem de avaliar as melhorias que se vão introduzindo e depois ver os resultados também se são os esperados. Este ciclo, acho que tem de ter a gestão envolvida a vários níveis e as próprias pessoas na gestão de cuidados, também os chefes a nível dos cuidados, assim como as referidas especialidades. Eu acho que toda a gente, toda a gente tem de estar envolvida. Agora eu acho que a gestão de topo é fundamental.” E3</p> <p>“Aplicando há nossa pratica, a nossa mudança de gestão ainda se está a processar,</p>

	<p>nós estávamos habituados a outro tipo de gestão e ainda estamos, penso que muitos de nós sobretudo os que estão cá a muitos anos, ainda estamos a fazer a transição para o outro tipo de gestão, ainda não assimilamos nem utilizamos em pratica comum, nós vimos de escolas em que a nossa principal objectivo era clínico, o bem do doente, não quer dizer que agora não se faça mas se calhar secundarizado determinados parâmetros, hoje em dia com os novos modelos de gestão sobretudo para empresariais como é o nosso, realmente há outros parâmetros que estão a entrar nessas avaliações.” E6</p> <p>“È claro que o modo de gestão influencia a qualidade dos cuidados prestados. Se trabalhamos durante muito tempo em que ninguém prestava contas a ninguém e não havia uma avaliação da qualidade..., a gestão era ninguém prestar contas a ninguém, as coisas iam funcionando independente de cada um é claro que a qualidade espetada não poderia ser muito elevada. É claro de deve haver uma melhoria contínua da qualidade. A qualidade tem de ser vista na globalidade dos cuidados prestados.” E7</p>
Investigação	<p>“O estar alguém a fazer investigação, quer seja deste grupo ou daquele acaba por mexer com todos e por desenvolver uma determinada cultura.” E2</p> <p>“a investigação também é fundamental para a melhoria” E3</p> <p>“Pesquisa e investigação tinha todo o interesse, mas não temos tido um grupo muito motivado. O bloco é sempre um pau de dois bicos. Por um lado é um serviço onde se aprende imenso e onde as pessoas têm de investir muito na sua formação, mas por outro lado afasta as pessoas de uma área que é o pensamento, que é a pesquisa, porque a vertente técnica é tão..., tão..., tão forte, que acho que afecta as pessoas dessa área..., do pensar, do procurar, da investigação, do saber o porquê das coisas, o reflectir sobre a prática é um exercício que é muito pouco praticada no bloco. Há áreas interessantes para trabalhar no bloco mas as pessoas não estão disponíveis para isso.” E4</p> <p>“A pesquisa e investigação... é assim nós não temos.....se tivéssemos mais pessoas com, especialistas no serviços, que tivessem mais atentas a isso, era capaz de nós dar alguma ajuda nesse sentido..., fazermos esses trabalhos, ainda a pouco tempo andamos com aquele problema da infecção urinária, que havia muitas infecções, isso era um trabalho importante para fazer mas que não temos assim no serviço, é preciso criar..., mas é preciso que tenha alguém, isto é assim, eu venho trabalhar, eu tenho a minha função, cada um de nós tem a sua função atribuída, mas há sempre alguém que até gosta de uma outra e está desperta para aquilo e gosta de fazer, só que também não faz, muitas vezes porque também não lhes dão... Mas o hospital devia criar, o serviço devia ter horas para fazer esses estudos, que isso também é um benefício para o próprio hospital. Se tu chegares a conclusão que por este ou aquele motivo se tem mais infecções e se nós deixamos de fazer isso, temos menos. quem é que lucra? Lucra o doente, lucra o hospital, lucra toda a gente.” E5</p> <p>“A formação, investigação e tudo isso são mais-valias que depois de produzidas perduram no tempo..., e isso é uma mais-valia para qualquer instituição..., uma organização com esta cultura é seguramente muito mais resistente ao desgaste.” E8</p> <p>“Seria bom, mas é preciso tempo e disponibilidade e era necessário que as pessoas já tivessem espírito e vocacionadas para isso tipo de coisas de pesquisa e investigação. Isso é mais para os hospitais centrais e para as escolas. Isso tem de ser centralizado nos grandes hospitais.” E12</p>
Ensino e formação	<p>“Tudo o que está relacionado com a aquisição do conhecimento no bloco operatório é fundamental, por duas ópticas. Primeiro, a área da formação profissional..., porque há formação e formação, portanto se os nossos colaboradores se disserem que determinada técnica é importante ser desenvolvida toca a pedir e justificar a sua importância para ir fazer..., até acho que a formação prática é mais importante do que aquela de ir para a escolinha aprender, embora essa também tenha o seu papel. Por outro lado o ganho será mais global porque o ganho em termos pessoais e de satisfação dos profissionais será maior porque estão a fazer algo que é pioneira e diferente como na área da investigação, mas o verdadeiro ganho será mais tarde para a sociedade se essa pesquisa for bem sucedida. Penso que a formação é fundamental para a instituição em termos dos profissionais..., toda a gente gosta de sentir-se valorizado e está a acrescentar valor..., acho que é um ganho transversal para os profissionais e para a instituição..... A</p>



	<p>supervisão e o ensino no sentido de transmitir cultura e saber a terceiros no sentido de vir a fazer parte deste grupo e se o hospital contemplar a vertente ensino acho que também é interessante. Mas é importante salvaguardar que os alunos ou pessoas em formação não atrapalhem o acto cirúrgico.” E1</p> <p>“A formação é essencial e deveria estar consagrada..., é a única maneira de nós garantirmos a qualidade..., e permite nós vermos a importância que cada um dá á formação... quem acha que já sabe tudo provavelmente é quem precisa de formação.” E2</p> <p>“A formação..., é impossível não haver formação porque vocês para darem resposta às actividades têm de estar em formação constante, porque as mudanças são muitas. Portanto, a formação tem de haver. Ensino..., também é uma responsabilidade ensinar outros.” E3</p> <p>“A formação é sempre preciso no bloco, ainda mais as mudanças são constantes, todos os dias são introduzidos novos materiais, novas técnicas..., portanto a formação tem de ser sempre uma presença. Se bem que nem sempre é procurada, embora seja muitas vezes disponibilizada nem sempre as pessoas a procuram, por outro não se avalia muito o resultado da formação.” E4</p> <p>“Que as pessoas fazem..., avaliam um bocado como o serviço corre mas não é assim uma parametrização tanto digna quanto isso. Se calhar devia haver mais formação, mas não há assim tanta disponibilidade. A supervisão e o ensino são áreas que têm sido sempre pouco aprofundado no bloco.” E4</p> <p>“O bloco é um serviço onde a formação tem que estar dia-a-dia, e a necessidade de formação tem que vir das pessoas que lá trabalham... no nosso caso que trabalhamos com círculos da qualidade normalmente o líder do círculo de qualidade é que vê a necessidade da formação de cada círculo..., e vai-se adequando essa necessidade de formação com o fazermos então essa formação para que as pessoas estejam mais dentro.” E5</p> <p>“As técnicas também tem muito a ver com a formação, as pessoas tem que estar em constante formação, em contínua formação para conseguir acompanhar a técnica.” E5</p> <p>“A formação deveria ser contínua para todos os grupos profissionais. Deveria haver uma estruturação de formação contínua e validação das competências..., manter uma avaliação periódica das competências para cada função. O que acontece é que uma pessoa na classe médica adquiere determinado grau e pode fazer uma determinada função e nunca mais é avaliado profissionalmente..., fica rapidamente desactualizado que é o que acontece normalmente, mas apesar disso mantém a mesma competência apesar de já não a ter..., e aos enfermeiros a mesma coisa.” E7</p> <p>“O ensino e a formação é fundamental tanto para os médicos como para os enfermeiros... acho que é uma forma de estar completamente diferente de estar por exemplo na urgência ou na consulta... os actos praticados não têm nada a haver, tanto é que um médico para ir para o bloco tem de aprender para estar lá, assim como um enfermeiro..., penso que deve ser um programa contínuo de aprendizagem e de formação para médicos e enfermeiros.” E10</p> <p>“A formação, supervisão e ensino é importante, isso, só melhora a qualidade dos serviços... e o beneficiário disso é o doente, porque é assim, eu acho que até devia haver mais formação, mais supervisão” E11</p> <p>“a formação é essencial, mas com o ritmo de trabalho que temos é difícil é arranjar tempo para isso e essa falta de tempo é que tem originado não se fazer tanta formação. Não é possível nem muito necessário no nosso bloco a supervisão e ensino.” E12</p> <p>“O ensino surge como uma grande oportunidade de melhor porque vem pessoas mais motivadas, com maior abertura para a aprender e nós quando estamos a ensinar alguma coisa a alguém, vamos recapitulando aquilo que sabemos, até aprofundar mais um bocado para ter mais segurança naquilo que ensinamos.” E14</p>
--	--

A actividade pré e pós-operatória abordada nesta categoria, onde se integram itens como a consulta de enfermagem, a visita pré-operatória e a consulta de anestesia, têm entre outras razões o papel de fornecer informação ao doente, o que constitui uma variável essencial em saúde. Segundo Melo (2005, p. 68), “A informação dada no pré-operatório parece também ajudar a reduzir a ansiedade, permitindo aos doentes ensaiar mentalmente as suas preocupações medos e mudanças posteriores à cirurgia.”, verificando-se estas preocupações nos discursos dos participantes

#### Consulta de Enfermagem

“A consulta de enfermagem que é fundamental também para enquadrar o doente, para ter a documentação toda, para não haver nenhum equívoco, não haver falhas banais...” E1

#### Visita pré-operatória e pós-operatória

“... para nós antes de o doente entrar no bloco já termos um conhecimento sobre aquilo que o doente vai fazer, o doente já nos conhecer, vai tudo dar há qualidade dos cuidados, porque nós ao fazermos a visita pré-operatória, estamos a melhorar a qualidade dos cuidados em relação ao doente.” E5

#### Consulta de Anestesia

“Deveria haver uma preparação prévia com ensino do doente..., A consulta de anestesia deveria ser obrigatória.” E7

A política de gestão adoptada por uma organização constitui um dos recursos importantes, dado que, “As decisões com grande impacto na organização, nos seus grandes objectivos, são tomados pelos gestores de topo. Grande parte dessas decisões têm a ver com o futuro da organização a longo prazo, são decisões estratégicas.” (Pinto *et al*, 2006 p. 30). Pelo que, seja qual for a forma de abordagem da qualidade nas organizações, é fundamental o envolvimento e a responsabilização da gestão do topo (Silva *et al*, 2004). Das entrevistas emerge conteúdo do tipo:

“Se a gestão de topo não estiver envolvida não adianta, a gestão de topo tem de estar envolvida, a gestão directa do serviço muito mais, também tem de avaliar as melhorias que se vão introduzindo e depois ver os resultados também se são os esperados.

Este ciclo, acho que tem de ter a gestão envolvida a vários níveis e as próprias pessoas na gestão de cuidados, também os chefes a nível dos cuidados, assim como as referidas especialidades. Eu acho que toda a gente, toda a gente tem de estar envolvida. Agora eu acho que a gestão de topo é fundamental.” E3

No plano Nacional de Saúde 2004-2010, no âmbito das estratégias para a gestão da mudança é dado relevo à necessidade de se incentivar a investigação e o desenvolvimento em saúde. Neste documento é referido que o Sistema de Saúde Português não tem sido tradicionalmente suportado por uma forte componente de conhecimento científico, propondo que na avaliação dos serviços de saúde sejam valorizadas as actividades de investigação desses mesmos serviços (Sistema Nacional Saúde, 2004). Nas entrevistas sobressai por exemplo:

“O estar alguém a fazer investigação, quer seja deste grupo ou daquele acaba por mexer com todos e por desenvolver uma determinada cultura.” E2

A importância da formação e do ensino é salientada nas narrativas dos participantes. “Aprender ao longo da vida tem-se transformado numa imperiosa necessidade para a maioria dos profissionais. Não podemos ignorar que a ciência e a tecnologia, em todos os domínios, se renovam cada vez mais e a ritmos mais acelerados” (Frederico e Leitão, 1999, p. 135).

“A formação é essencial e deveria estar consagrada..., é a única maneira de nós garantirmos a qualidade..., e permite nós vermos a importância que cada um dá à formação... quem acha que já sabe tudo provavelmente é quem precisa de formação.” E2

Após descrever os conteúdos que emergem das narrativas, faz sentido apresentar neste tema a síntese das categorias e subcategorias que se destacam, conforme exposto na figura 9. Assim a estrutura apresenta-se dividida ao longo de cinco categorias sendo elas as instalações, equipamentos, recursos financeiros, humanos e organizacionais.



Figura 9. Síntese da divisão da estrutura em categorias e subcategorias

## 6.2. PROCESSO

Por processo entende-se o conjunto de actividades, entre os prestadores e utilizadores, para atingir determinado objectivo. Ou seja, compreende todos os métodos e procedimentos utilizados para o processamento de um determinado serviço. O processo, aborda todas as actividades que constituem os cuidados de saúde, nomeadamente: O diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a educação do cliente.

Em contraposição à estrutura, as características detalhadas do processo de cuidados de saúde pode fornecer informações válidas sobre a qualidade. De certa forma, a afirmação “Qualidade dos cuidados” poderia ser tomada no sentido “Qualidade dos processos de cuidados”. Mas esses atributos derivam também de uma relação previamente estabelecida, entre o processo e o resultado. Ou seja, dizemos que tais características do processo significam qualidade, porque sabemos que elas contribuem para os resultados desejáveis. Os processos de cuidados relacionam-se mais directamente com os resultados, do que propriamente as características da estrutura (Donabedian, 2003). Alguns autores expressam a existência de contradições entre indicadores de processo e de resultados, uma vez que para

alguns, os indicadores de processo perde sentido se a sua qualidade não se reflectir no resultado, enquanto outros argumentam que os resultados dependem de factores individuais dos pacientes e nada têm a ver com a qualidade do processo (Paneque, 2004).

Nos discursos dos participantes do estudo foi visível a aparecimento de atributos relevantes da área dos processos da avaliação da qualidade de Donabedian (2003), por isso, vamos descrever as categorias e sub-categorias que sobressaem das narrativas dos entrevistados enriquecendo-as com unidades de registo.

“Uma Equipa consiste num conjunto de pessoas que se inter-relacionam num esquema de partilha, de interdependência e de reconhecimento com objectivos comuns claramente definidos e um líder.” (Silva *et al*, 2004, p. 101). A capacidade de trabalho em equipa assume-se como uma nova competência profissional exigida em todas as organizações, conforme observado neste excerto de entrevista e apresentado no quadro 16.

“No BO é evidente a necessidade de um trabalho em equipa..., as responsabilidades devem ser repartidas por todos e cada um deve estar consciente das suas tarefas e estas estarem bem definidas. A equipa deve funcionar no mínimo de cordialidade e bom trato entre as pessoas.” E14

<b>Categoria: Trabalho em equipa</b>	
<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
Relações interpessoais	<p>“Quanto às relações interpessoais era bom que estas não influenciassem a qualidade, mas infelizmente creio que podem influenciar bastante” E1</p> <p>“Acho que tem de haver um espírito de equipa ...portanto era bom que a equipe funcionasse bem, que os elementos se dessem bem..., as coisas funcionariam naturalmente melhor, portanto a qualidade sairá sempre a ganhar. Não devia estar dependente disso, as pessoas deveriam ser profissionais e seria obviamente uma ganho para melhor.” E1</p> <p>“ As relações no BO são sempre problemáticas..., quando temos que trabalhar uns com os outros não é fácil..., não é só no bloco..., as relações interpessoais são sempre um aspecto perturbador, se são boas irão ter resultados excelentes no trabalho, se elas são perturbadoras o bom funcionamento, o equilíbrio e o desempenho..., não há dúvida, é fundamental. Acho que temos tido momentos de tudo, acho que temos tido momentos em que de facto se vive bom ambiente e o resultado é completamente..., nota-se muito bem..., o equilíbrio nas relações é fundamental para o equilíbrio do serviço, do funcionamento da organização e dos resultados.” E4</p> <p>“A relação entre a equipe é importante porque nós não conseguimos trabalhar se nós não tivermos uma boa relação com toda a equipe, quer de enfermeiros, quer cirurgiões, quer os próprios auxiliares... temos que ter uma boa relação com eles todos para conseguirmos trabalhar bem.” E5</p> <p>“Deveria haver um ambiente de equipa e toda a gente deveria trabalhar em equipa. Mas tudo tem a ver com a falta e quantidade insuficiente, mal pagos para o</p>

	<p>trabalho diferenciado que executam.” E7</p> <p>“As equipas cirúrgicas devem ser formadas por pessoas que tenham alguma empatia uns com os outros, quer a nível médico, quer a nível de enfermeiro, quer a nível de auxiliares, porque se não, quando há mau relacionamento pessoal ou profissional entre elas não se consegue rentabilizar aquilo que estamos a fazer. 1º equipas que se dão bem, equipas que estejam habituadas a trabalhar as mesmas áreas de patologia” E9</p> <p>“Penso que deveria haver sempre uma boa inter-relação entre os profissionais, ou seja, auxiliares, enfermeiros e médicos. É importante conhecermos sempre as pessoas com quem trabalhamos o que às vezes nem sempre acontece nos grandes hospitais... Portanto é importantes as boas relações interpessoais” E10</p> <p>“É muito que as pessoas se dão bem, se entendam, que funcionem como equipa. Acho que de uma maneira geral as pessoas ajudam-se, colaboram umas com as outras.” E11</p> <p>“Eu acho que as relações interpessoais são boas, embora haja algumas particularidades de um ou outro elemento específico mais perturbador quer de médicos, enfermeiros e auxiliares. Mas faz parte da vida humana. No contexto geral as pessoas dão-se bem, trabalham em equipa e as coisas funcionam bem. Às vezes há umas quezílias mas isso é normal.” E12</p> <p>“Eu acho que as pessoas tem que estar suficientemente preparadas para realizar qualquer tarefa que lhe seja pedida, agora um bom relacionamento profissional é meio caminho andado porque se não há um bom relacionamento profissional há atritos há isto há aquilo e as pessoas na equipa é um todo, no fundo uma equipa é um todo e essa equipa tem que remar toda para os mesmo objectivos e com o mesmo crer...,” E16</p> <p>“Quando há mau relacionamento interpessoal a qualidade também vai ser reflectida, por exemplo uma pessoa começa a operar e está mal disposta, começa a disparatar com todos, portanto quem está na equipa vai estar mais tenso, mas o contrario também pode acontecer estarem todos mais animados e haver distrações demorar mais tempo..., o ajudante distrai-se e deixa de afastar e depois não se vê, o instrumentista se está a olhar para o lado ficamos mais tempo à espera do material, o circulante não está na sala quando é preciso, etc. Portanto o relacionamento entre as pessoas é essencial e é dos sectores mais complicados de gerir, de gerir os conflitos e quem está a gerir também tem de gerir isso e ao fazer as escalas tem de ter o cuidado de não juntar este com aquele e aquele com o outro que não se dão ou dão-se tão bem que não corre bem. Quem tem a responsabilidade de gerir deve tentar manter um equilíbrio na equipa.” E14</p>
Liderança	<p>“pilotagem do processo..., o que me parece é que este processo não pode ..., não existe só por si, não existe por auto-manutenção ou auto-reforma, mas é um processo que precisa de alguém que seja responsável pela pilotagem e pelo acompanhamento, tem de haver uma área responsável pelo acompanhamento... pelo controlo.... pela pilotagem.” E2</p> <p>“A liderança é sempre importante, mas a liderança é uma coisa que é feita de tal forma que... primeiro também pelo exemplo, uma pessoa tem de estar de acordo com todas as directrizes, tem de comportar de acordo com as instruções que dá, mas a liderança também se faz através da pilotagem, de um acompanhamento... uma pessoa sente que ela é exemplar, é preocupada com o processo e com cada um dentro do processo... e faz com que aquilo que é qualidade... que são os princípios da qualidade se transformem em cultura daquele grupo e cada vez menos seja preciso notar o recurso a esse tal líder... isto é, quanto mais aquilo for uma pertença de todos e cada vez menos for uma coisa que se tenha de perguntar como é que aquilo é e recorrer a esse tal líder..., a liderança tem de ser uma liderança que se manifesta por desaparecer no decorrer normal das coisa e aparecer nos momentos de crise quando toda a gente já acha que não é preciso. A liderança é aparecer quando é preciso nos momentos de crise e desaparecer quando já não é</p>

	<p>preciso.” E2</p> <p>“Os resultados da própria equipa reflectem muito a forma de liderança. Se tenho uma equipa pouco satisfeita e pouco motivada, tenho de questionar a minha forma de liderança..., alguma coisa não está bem.” E4</p> <p>“A liderança da equipa dentro do bloco deveria ser uma coisa mais estruturada do que é agora. Há chefias (médica e de enfermagem) os anestesistas têm uma hierarquia, os cirurgiões outra. Mas concretamente dentro de uma cirurgia deveria a coisa estar muito mais definida..., ele há um responsável por aquela cirurgia, por aquele doente e quem presta contas a quem..., as coisas ainda estão muito..., às vezes ainda há muita desorganização nesse sentido. O responsável principal deveria ser sempre o cirurgião..., que devia ser o cirurgião mais graduado dentro da sala, mesmo o anestesista deveria estar dependente do cirurgião e toda a restante equipa deveria estar dependente das orientações do cirurgião.” E7</p> <p>“Em relação às questões da liderança no bloco, acho que no bloco ou no sistema nacional de saúde é o maior problema, não existe liderança, não existe liderança porque as várias entidades que contribuem para o mesmo fim funcionam de forma isolada, isto é, não há uma complementaridade na liderança, a liderança não é uma, as lideranças são várias por isso não há aproximação e há muitas vezes... não é preciso haver rotura... não há é complementaridade naquilo que se faz, eu acho que este modelo tem sido aplicado em muitos países a única possibilidade de nós termos resultados e melhorarmos e optimizarmos os resultados é ter modelos de gestão em que há uma liderança única exigindo responsabilidade a todos.” E8</p> <p>“Na organização é preciso saber sempre quem manda, temos sempre que ter um líder e responsável. Esse líder faz a sua equipa, os vários graus para que durante o sistema se algo correr mal saber de quem é a culpa.” E9</p>
Multidisciplinaridade e articulação de funções	<p>“Na equipa cirúrgica é importante que as pessoas estejam bem articuladas umas com as outras para que nada falhe e nada de mal aconteça ao doente.” E1</p> <p>“Há certas coisas que são importantes na avaliação da qualidade na equipa cirúrgica, nomeadamente o conhecimento prévio dos elementos, do acto de trabalhar em conjunto... cada um perceber um bocadinho a maneira de trabalhar de cada um... as características do seu interlocutor e o modo de actuar... acho que são importantes para o melhor rendimento do trabalho e acabam por se traduzir em resultados e na melhor qualidade de trabalho. De qualquer maneira não deve ser um circuito fechado... porque também há vícios que se estabelecem em determinada relação de forma permanente... considero que é um factor que melhora a eficiência e a eficácia no trabalho mas associado à qualidade, só por si não é garantia da qualidade no sentido mais inovada do significado qualidade.” E2</p> <p>“A organização da equipa médica nem sempre funciona bem. Os médicos também têm um regime de trabalho um bocadinho diferente dos enfermeiros, porque têm outras áreas de actividade. Enquanto os enfermeiros têm o seu posto de trabalho no bloco, os médicos tem de responder a outras actividades..., têm urgência, têm consulta e blocos, portanto não são fixos. Por isso muitas vezes não é fácil planear porque nunca se sabe quem é a pessoa que vem para o bloco. Dentro de cada serviço há a sua forma de organização..., acho que melhoraria. Apesar de tudo..., também entrou gente nova com outra perspectiva de trabalho...Eles têm algumas limitações que fazem questão de cumprir, os enfermeiros eram capazes de dar a volta para bem do doente.” E4</p> <p>“Claro que para haver funcionamento tem de haver organização, não só dentro dum grupo profissional mas entre os diversos grupos profissionais as coisas devem estar bem estruturadas. Em termos de horários na rotina todos os profissionais tem horários iguais, se trabalhassem com horários diferentes, na mesma actividade de caso iriam surgir conflitos. Nós aqui por norma, dentro da actividade programada, basicamente trabalhamos com os mesmos horários. Na urgência é diferente mas mesmo assim funciona.” E7</p>

	<p>“A experiencia em trabalhar juntos é claro que ajuda muito..., as pessoas funcionam bem se conhecerem-se umas às outras.” E7</p> <p>“Em termos de funcionamento do BO..., organização, horários, relações interpessoais tudo funciona na base do porreirismo... Acho que deveriam haver equipas fixas de enfermeiros para as diferentes sub-especialidades..., e até acho que deveria haver equipas fixas só para a área de anestesia e recobro e deveria haver requisitos mínimos para as pessoas funcionarem na equipe de ortopedia do bloco assim como para outras especialidades.” E8</p> <p>“Os enfermeiros estão a instrumentar cirurgias para as quais também não estão tão vocacionados..., e às vezes sente-se a falta de um bocadinho de coordenação entre os enfermeiros, os médicos..., ou dentro da patologia..., a patologia em causa, os enfermeiros e os médicos, passo a explicar, por exemplo está-se a fazer cirurgia macroscópica e os enfermeiros que estão lá não é disso que gostam, não é disso que percebem... e nota-se que a cirurgia podia correr mais perfeita se houvesse uma equipa mais coesa em relação ao tipo de patologia, assim como para a mesma patologia está-se a fazer uma cirurgia macroscópica qualquer, em que eventualmente podem estar cirurgiões menos preparados e que gostam menos desse tipo de técnica... o que piora um bocadinho a qualidade do bloco operatório e o decorrer da cirurgia..., acho que era importante essa sectorização de enfermeiros e de médicos e por vezes nota-se isso... Também, por vezes houvesse enfermeiros a dizer “eu já não estou aqui há imenso tempo, eu até sou da área de ortopedia”, isso é mau para o funcionamento de uma equipa.” E10</p>
--	--

#### *Quadro 16. Trabalho em equipa*

As relações interpessoais para um bom funcionamento da equipa são ressaltadas nas narrativas dos entrevistados:

“A relação entre a equipe é importante porque nós não conseguimos trabalhar se nós não tivermos uma boa relação com toda a equipe, quer de enfermeiros, quer cirurgiões, quer os próprios auxiliares... temos que ter uma boa relação com eles todos para conseguirmos trabalhar bem.” E5

Segundo Pinto *et al* (2006, p. 149), a liderança é o processo pelo qual se influencia e motiva os comportamentos e as atitudes dos membros de uma organização, para em conjunto desenvolver os esforços requeridos para a definição e prossecução dos seus objectivos.” e segundo Silva *et al* (2004, p. 105) “Não existe uma equipa sem líder.” Verificando-se a importancia da liderança no discurso dos entrevistados:

“Os resultados da própria equipa reflectem muito a forma de liderança. Se tenho uma equipe pouco satisfeita e pouco motivada, tenho de questionar a minha forma de liderança..., alguma coisa não está bem.” E4



Tal como nos referem os entrevistados a Multidisciplinaridade e a articulação de funções é um item importante para a qualidade. Conforme refere Sale (2000), cada profissional tem um papel a desempenhar na prestação de cuidados de alta qualidade, esses cuidados não podem ser mantidos se os membros de uma mesma equipa estiverem a trabalhar a níveis diferentes.

“Há certas coisas que são importantes na avaliação da qualidade na equipa cirúrgica, nomeadamente o conhecimento prévio dos elementos, do acto de trabalhar em conjunto... cada um perceber um bocadinho a maneira de trabalhar de cada um... as características do seu interlocutor e o modo de actuar... acho que são importantes para o melhor rendimento do trabalho e acabam por se traduzir em resultados e na melhor qualidade de trabalho. De qualquer maneira não deve ser um circuito fechado... porque também há vícios que se estabelecem em determinada relação de forma permanente... considero que é um factor que melhora a eficiência e a eficácia no trabalho mas associado à qualidade, só por si não é garantia da qualidade no sentido mais inovada do significado qualidade.” E2

A comunicação é essencial para assegurar a existência da organização. Note-se que é inconcebível a noção de grupo sem a noção de que os seus elementos interagem entre si, ou seja, sem que entre eles haja troca de informação (Pinto *et al*, 2006), estando patente no discurso dos participantes conforme exposto no quadro 17.

Categoria: Comunicação	
Subcategoria	Unidades de registo
Comunicação interna	<p>“A comunicação dentro da equipe deve ser uma preocupação permanente dessa tal pilotagem do processo..., Esta comunicação vai sendo mantida entre os diferentes intervenientes....” E2</p> <p>“nem sempre a comunicação é eficaz, porque ele diz, o outro diz que disse, porque um escreve assim e o outro escreve assado e também os canais de comunicação também não são os melhores.” E4</p> <p>“a comunicação é muito importante, em termos de qualidade é muito importante que nós saibamos comunicar... numa cirurgia nós temos todos que falar a mesma linguagem porque senão também não nos entendemos, e nós sabemos que existem muitos erros no bloco que são dependentes da não comunicação, portanto é muito importante nós comunicarmos quer com todas as pessoas que estão envolvidas no acto cirúrgico” E5</p> <p>“Realmente não sou a pessoa mais indicada para responder a isso porque realmente nós pediatria entramos no fim e saímos no antes, antes do fim... embora eu ache que deveria haver outro tipo de comunicação, como sabe nem sempre as coisas funcionam muito bem, muitas vezes nós somos chamados a meio, não nos é dito a indicação daquela cirurgia, também é importante para conversação, para preparação, saber o que vai surgir</p>

	<p>dali, muitas vezes isso não funciona, muitas a chamada que... as vezes não há noção que nós estamos com outras actividades, portanto venha já, venha agora e a pessoa deixa tudo o que está a fazer e as vezes não há esse cuidado... há muitas vezes a falta de informação do motivo sobretudo da cesariana que é o que estamos a fazer.” E6</p> <p>“Se não conseguirmos comunicar não vai haver qualidade nenhuma porque há uma barreira entre todos os profissionais.” E15</p> <p>Comunicação através de registos</p> <p>“As vezes acho que as facilitamos um bocadinho em termos de informação e documentação..., acho que também é importante em termos de processos, ter um fluxo de informação necessária com a informação necessária. Porque eu acho que em alguns sectores profissionais..., as coisas são descoradas. Eu acho que o fluxo de informação é fundamental.”E3</p> <p>“A documentação na área da enfermagem está a ter progressos, mas ainda há muita resistência por parte da classe médica na documentação de algumas actividades. Em termos de aplicativo informático para a documentação estamos bem servidos, não são é bem utilizados. Quanto à prescrição há equipas que já o fazem com regularidade no aplicativo, há outros que estão muito resistentes como por exemplo a área de anestesia. Embora seja uma área muito importante no bloco.” E4</p> <p>“O registo da informação deve ser todo registado seja da parte do médico, seja da parte de enfermagem, eu acho que tem de ser transmitido a informação não só médico a médico mas também do médico para o enfermeiro, isso é fundamental.” E16</p>
Comunicação externa	<p>Comunicação com o doente</p> <p>“Quando for para o utente habitualmente é o essencial, não contaminar muito a informação com informação a mais..., mas os processos da comunicação tem de ser adaptados às características dos interlocutores....Em relação ao processo da comunicação e da informação... é perceber se as pessoas perceberam do mesmo modo aquilo que estamos a falar.” E2</p> <p>“É essencial que o doente tivesse mais informação... porque por exemplo nós com a visita pré-operatório, nós não temos tempo de fornecer toda a informação que o doente precisa muitas vezes porquê, porque a visita é feita antes de o doente ir para o bloco... muitas vezes o doente chega ao bloco, “ai eu vou ser operado a isso, ai eu pensei que não”, “ai não sabia que ia ser operado a isso”, “ai não sabia que eu ia precisar disso depois da cirurgia”, esse tipo de coisas.” E5 “A informação prestada ao doente é muito pouca..., não há assim informação fornecida ao doente ou de forma muito sistematizada. O doente chega aqui ao bloco muito mal informado..., há muita coisa a melhorar.” E7</p> <p>“Muitos doentes vão completamente informados para o bloco, outros não sabem o que vão fazer..., isto depende muito de médico para médico, acho que isso tem uma componente muito pessoal.” E10</p> <p>“De uma maneira geral os doentes são mal informados da parte cirúrgica, da parte anestésica vão sendo mais bem informados porque têm a consulta de anestesia. Por isso no dia da consulta estão menos ansiosos e com menos duvidas. Depois com a visita do enfermeiro ainda lhes tira mais algumas dúvidas que eles tenham à última da hora. A principal informação que deveria ser dada não é dada que seria pelo cirurgião..., às vezes a gente pergunta quem os vais operar eles nem sabem quem os vai operar, não sabem o nome do cirurgião.” E11</p> <p>“Eu acho que o paciente tem de ser informado antes de ser operado. O momento intra-operatório não é o momento de dar qualquer informação..., o doente quando vai ser para o BO já devia estar devidamente informado. No bloco devemos operar, acolher e tratar..., e pouco mais, não é no bloco que se explica o que se vai fazer ou não.A visita pré-operatória pode dar contributo, mas não dá todo.” E4</p>

	<p>O consentimento informado</p> <p>“O consentimento informado começa a ser uma preocupação, mas era um aspecto que até aqui não era tido em atenção, mas com a implementação de algumas medidas que estão previstas, penso que vai melhorar significativamente.” E4</p> <p>“é obvio que teria de haver o consentimento do doente...A declaração do doente e do consentimento devem ser melhorados..., os doentes vão mal informados para o bloco mas vem sendo melhorado, por exemplo a consulta e a visita de enfermagem já tem um papel importante nas próteses” E7</p> <p>“consentimento informado e assinados, temos de ter em atenção para que o doente tenha a consciência dos procedimentos que vão fazer quer cirúrgicos quer anestésicos.Os consentimentos deveriam ser para todos os actos que se vão fazer no bloco.” E11</p> <p>Com os serviços</p> <p>“E a relação multidisciplinar e também multidisciplinar mais alargada em termos de instituição, uma vez que o bloco é um serviço muito fechado às vezes centramo-nos um bocadinho nas relações entre profissionais dentro do bloco mas também interessa avaliar a relação dos profissionais do bloco com os outros profissionais da resto instituição que é uma parte às vezes descorada eu acho que essa articulação é crucial para que a qualidade dos cuidados seja assegurada, porque as melhorias introduzidos no bloco também tem a ver com o feedback que os profissionais dos outros serviços dão e portanto essa relação, essa articulação também é importante avaliar.” E3</p>
--	--

#### *Quadro 17. Comunicação*

Tal como nos refere Greenberg (2007), as falhas de comunicação dentro da equipa podem provocar danos, dos quais morte, invalidez ou complicações pós-operatórias, e normalmente envolvem ambiguidade sobre responsabilidades, sendo esta espelhada nas narrativas dos participantes.

“nem sempre a comunicação é eficaz, porque ele diz, o outro diz que disse, porque um escreve assim e o outro escreve assado e também os canais de comunicação também não são os melhores.” E4

Os registos, são um instrumento de comunicação importante, isto porque, “A comunicação escrita é mais formal, mais cuidada, mais rigorosa, mais fiável, fica registada, é controlável” (Pinto *et al*, 2006, p. 127). “A preservação de um bom registo é aceite como um componente dos cuidados cirúrgicos e um importante meio de promoção de saúde de alta qualidade” (WHO, 2009, p. 128).

“Às vezes acho que as facilitamos um bocadinho em termos de informação e documentação..., acho que também é importante em termos de processos, ter um fluxo de informação necessária com a informação necessária. Porque eu acho que em alguns

sectores profissionais..., as coisas são descoradas. Eu acho que o fluxo de informação é fundamental.”E3

Segundo o Instituto Qualidade em Saúde (2003, p. 23) o “Comunicar eficazmente significa corresponder às expectativas do interlocutor e criar um elevado nível de satisfação com quem se comunica. No caso dos utentes, este deve ficar com a convicção de que

- Foi escutado e que foi compreendida a sua necessidade;
- O profissional ofereceu-lhe uma solução.”

Nas entrevistas está patente a necessidade de comunicar com o doente e família, bem como a importância do consentimento informado:

#### Comunicação com o doente

“Eu acho que o paciente tem de ser informado antes de ser operado. O momento intra-operatório não é o momento de dar qualquer informação..., o doente quando vai ser para o BO já devia estar devidamente informado. No bloco devemos operar, acolher e tratar..., e pouco mais, não é no bloco que se explica o que se vai fazer ou não. A visita pré-operatória pode dar contributo, mas não dá todo.” E4

O conceito de consentimento informado requer que o utente dê a sua autorização para a realização do procedimento, após ter sido bem informado e esclarecido.

“O consentimento informado começa a ser uma preocupação, mas era um aspecto que até aqui não era tido em atenção, mas com a implementação de algumas medidas que estão previstas, penso que vai melhorar significativamente.” E4

#### Com os serviços

“... interessa avaliar a relação dos profissionais do bloco com os outros profissionais da resto instituição que é uma parte às vezes descorada eu acho que essa articulação é crucial para que a qualidade dos cuidados seja assegurada, porque as melhorias introduzidos no bloco também tem a ver com o “feedback” que os profissionais dos outros serviços dão e portanto essa relação, essa articulação também é importante avaliar.” E3

Ao longo da categoria do potencial humano é realçado que, tal como nos refere Cunha *et al* (2007), uma das questões mais pertinentes para seleccionar os indivíduos é a identificação dos conhecimentos, das capacidades técnicas e relacionais, estando bem visível no discurso dos entrevistados conforme espelhado no quadro 18 e no trecho da entrevista seguinte:

“Todos na equipa são importantes mas a importância vai diminuindo pela grau de especialização por exemplo um enfermeiro instrumentista se for mau está tudo lixado” E1

Categoria: Potencial humano	
Subcategoria	Unidades de registo
Know-how	<p>“O BO dentro das actividades em saúde é sempre um local de actividades específicas, exige-se que as pessoas sejam diferenciadas e que tenham treino para aquilo. Exige-se a toda a gente um período de estágio e de treino.” E2</p> <p>“Quanto a qualificação de cada um..., eu para trabalhar no bloco tenho que ter aptidões, tenho que ter saberes para isso, ou seja, o bloco é um serviço onde nós não podemos pegar num enfermeiro da cirurgia e olha falta um elemento ali vou coloca-lo lá, não posso fazer isso... portanto, é importante a qualidade das pessoas que lá trabalham... é assim, se me disserem que nos outros serviços também é importante, é... é importante também, mas se calhar o bloco é um dos serviços onde se eu não tiver aptidões, não souber como fazer não adianta eu ir para lá porque eu não vou saber fazer, enquanto que, noutro lugar eu até sou capaz de dar um jeito, ali não é possível isso, portanto é preciso pessoal qualificado, é preciso pessoas com aptidões para” E5</p> <p>“Deveria haver umas qualificações específicas para trabalhos específicos dentro do bloco. Os enfermeiros deveriam seguir a via da especialização no bloco, competências atribuídos pela sua ordem... estágios obrigatórios..., para se estar dentro de um BO, para se executar determinados tipos de procedimentos que são altamente exigentes as pessoas as pessoas devem estar preparadas. As pessoas que não tem perfil, não gostam e que não correspondem às exigências do BO deveriam ser conduzidas para outras áreas..., para outros serviços.” E7</p> <p>“Os recursos humanos... acho que quem devia ir para o bloco operatório devia ser entrevistado, fazer um curso de formação no bloco e ver depois se tem ou não tem destreza para ficar no bloco... há profissionais que não fazem a mínima ideia, estou a falar de profissionais não da área cirúrgica, na vossa área há pessoas que nunca foram para o bloco de repente estão na enfermaria e querem ir para o bloco... devem fazer um período de integração no bloco, depois nós vemos se as pessoas têm capacidade para estar no bloco operatório, não por causa delas mas por causa do bloco em si... se não tem perfil quem sofre é o bloco.” E9</p> <p>“A parte técnica do desempenho também deve ser avaliada, porque nem todas as pessoas têm as mesmas aptidões, as mesmas qualidades para desempenhar as mesmas actividades e algumas estão melhores numa actividades do que noutras.” E11</p> <p>“Quanto a habilidades técnicas, sabe que uns tem mais aptidão para isto, outros para aquilo e uma boa maneira e um dos grandes méritos de quem está gerir é adaptar as pessoas com as suas características aos locais específicos de trabalho..., e isso é o que se tenta fazer no dia-a-dia, pôr as pessoas onde as suas capacidades melhor se enquadram..., os enfermeiros uns mais na ortopedia, outros mais na cirurgia e outros mais na anestesia, os cirurgiões uns mais na laparoscopia, outros mais nas mamas, e nos ortopedistas também uns mais para o joelho outros mais para o ombro” E12</p>

	<p>“Periodicamente deveria haver entrevistas psicotécnicas, consultas de psicologia para avaliar a competência e as relações interpessoais das pessoas..., e a sua motivação no serviço.” E18</p>
Inteligencia emocional	<p>“Inclusive hoje a selecção de recursos humanos em qualquer empresa é feita em critérios de relacionamento entre colegas superiores e inferiores na hierarquia.” E1</p> <p>“Nas qualidades humanas requeridas deveria ser atendido os aspectos individuais e de relação interpessoal e se tem a postura adequada ao trabalho. Obviamente se oferta é grande não deve haver dúvidas em excluir aqueles que não têm capacidade ou não mostram capacidade de trabalho em equipa... e não têm as características próprias para o BO, se a oferta é escassa às vezes temos de os suportar” E2</p> <p>“É um serviço onde a parte emocional é muito importante..., as pessoas tiverem calma, serem tolerantes, porque é um sítio que é muito fechado ao exterior e as emoções estão sempre ali um bocado em contenção..., às vezes temos de esperar o melhor momento para dizer algumas coisas.” E4</p> <p>“As relações interpessoais são mantidas, tentam manter boas relações na medida em que os enfermeiros tentam adaptar-se aos médicos..., tem de haver alguma inteligência emocional na gestão das relações..., embora não seja muito fácil porque.” E4</p> <p>“Deveria ser avaliado as relações das pessoas porque nem todas se relacionam ou têm a capacidade para interagir umas com as outras.” E11</p> <p>“Nos profissionais deveria ser avaliada a capacidade de resolução de problemas, a capacidade de adaptação a situações novas, a capacidade de trabalho, a capacidade de cumprir e a capacidade de relacionamento com as diferentes pessoas dentro do BO e das diferentes áreas em que está articulado.” E15</p>

### Quadro 18. Potencial humano

Nas entrevistas destaca-se o Know-how dos profissionais para desempenharem funções no BO.

“Quanto a qualificação de cada um..., eu para trabalhar no bloco tenho que ter aptidões, tenho que ter saberes para isso, ou seja, o bloco é um serviço onde nós não podemos pegar num enfermeiro da cirurgia e olha falta um elemento ali vou coloca-lo lá, não posso fazer isso... portanto, é importante a qualidade das pessoas que lá trabalham... é assim, se me disserem que nos outros serviços também é importante, é... é importante também, mas se calhar o bloco é um dos serviços onde se eu não tiver aptidões, não souber como fazer não adianta eu ir para lá porque eu não vou saber fazer, enquanto que, noutro lugar eu até sou capaz de dar um jeito, ali não é possível isso, portanto é preciso pessoal qualificado, é preciso pessoas com aptidões para...” E5

Segundo Cunha *et al* (2007), a inteligência emocional representa a capacidade para canalizar as emoções e a razão, referindo-se ao conjunto de capacidades que fazem com que a pessoa actue de forma adulta e auto-controlada, evitando incorrer em comportamentos

regressivos e emocionalmente imaturos. Característica esta, realçada pelos participantes nas suas entrevistas.

“É um serviço onde a parte emocional é muito importante..., as pessoas tiverem calma, serem tolerantes, porque é um sítio que é muito fechado ao exterior e as emoções estão sempre ali um bocado em contenção..., às vezes temos de esperar o melhor momento para dizer algumas coisas.” E4

Segundo Pires (2007), a implementação de um programa de qualidade implica formalizar um conjunto de procedimentos organizacionais capazes de garantir que as actividades decorrem de forma controlada, nomeadamente através da elaboração de um manual de qualidade, estando isto reflectido no discurso dos participantes, conforme demonstrado no quadro 19.

<b>Categoria: Estratégias de qualidade nos processos</b>	
<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
O manual da qualidade como instrumento de garantia da qualidade	<p>“O manual da qualidade é importante... o único senão é ter de estar sempre a ser revisto, reavaliado..., o problema destas coisas é que depois de estar feito..., ou não se segue após estar feito ou segue-se e não há uma monitorização constante, uma reavaliação constante... acabando por ficar obsoleto e acaba por retirar qualidade, mas acho que é fundamental primeiro se for permanentemente avaliado o próprio manual..., também acontece que o manual está feito e depois mais ninguém olha, ou então olham e utilizam mas não fazem avaliações ou não utilizam pura e simplesmente.” E1</p> <p>“O manual da qualidade para o bloco operatório era essencial.” E2</p> <p>“A existência de um manual da qualidade obrigaria a isso. É uma das falhas... A equipe de enfermagem tem trabalhado um pouco isso..., mas isso seria fundamental..., e daí o total interesse em ter um manual da quantidade. Mas também não sei até que ponto iria haver uma adesão tão perfeita quanto seria desejado, mas pelo menos seria melhor com toda a certeza.” E4</p> <p>“Eu acho importante a elaboração do manual, mas acho também importante que depois de termos o manual que se cumpram as coisas direitinhas, porque pelo que me apercebo é que pelo menos num hospital eu sei que tenho um manual mas depois as coisas não funcionam como lá está, e o interesse aqui é criarmos um manual sim para o bloco mas depois seguirmos à risca as coisas como lá está, senão também não interessa tanto em termos de recurso materiais como humanos, tudo..., temos que levar as coisas direitas porque senão então não tem razão de ser termos o manual, temos aquilo ali arrumadinho aquilo diz tudo muito direitinho mas depois na pratica não se faz.” E5</p> <p>“Eu já intervim em várias produções de manuais da qualidade e acho que muitas vezes é o alerta a elaborar um manual da qualidade que muitas vezes, pode não ser muito ambicioso mas as vezes é o suficiente para nos alertar para determinadas situações e sobretudo saber um bocadinho os outros lados das pessoas em questão, nós as vezes pensamos que é tudo tão obvio porque no nosso dia-a-dia as coisas vão processando com alguma continuidade e nem nos</p>

	<p>lembramos.” E6</p> <p>“Deveria haver um manual da qualidade...”E7</p>
A importancia dos protocolos	<p>“Acho que é essencial haver processos escritos e procedimentos, obtidos por consenso e auditados.” E2</p> <p>“O ideal era haver processos e procedimentos escritos e conhecidos por todos... isso era útil, porque permite do lado interno saber quais são e estar disposto a corrigilos e a melhoralos... primeiro a pratica-los depois a corrigir e a melhora-los... e a integrar qualquer novo elemento que venha....Os procedimentos tanto estão feitos para as rotinas como para as emergências ou intervenções mais excepcionais que também necessitam de uma resposta adequada. Para situações que não são a rotina, que acontecem excepcionalmente, ai elas devem pertencer a um conjunto de procedimentos mas devem ser alvo dessa tal pilotagem do serviço, talvez num caderno à parte, e de treino programado, isto é, fazem simulações que abranjam as pessoas uma ou duas vezes por ano, para treinar essas situações de excepção para na altura necessária estarem todos e não saber o que compete a cada um e como proceder na situação. Estas situações excepcionais também devem ter procedimentos e normas escritas, mas precisam de treino.” E2</p> <p>“A existência de protocolos é fundamental” E1</p> <p>“Mas também se houver protocolos de funcionamento, uma pessoa que os conhece rapidamente se integra numa equipa que já está a funcionar, enquanto que se aterra num sítio onde cada um funciona à sua maneira e vai trabalhar com um e trabalhar com outro nunca sabe e até aprender as manias de cada um demora muito tempo.” E7</p> <p>“É claro que se nós tivermos protocolos de actuação para cada tipo de procedimento, que é assim que se atinge os parâmetros da qualidade, era o ideal, ... nós teremos um protocolo para receber, preparar, operar, mas numa patologia específica se seguirmos o protocolo temos as coisas preparadas. O que se passa hoje em dia, por exemplo, certos tipos de patologias quando informaticamente temos que colocar as coisas no computador, já tínhamos protocolos de actuação, com um só clic já está lá o protocolo de serviço. Quando operamos um doente carregamos com um clic já tem lá o protocolo do pós-operatório, claro que depois os casos específicos.” E9</p> <p>“Os protocolos são importantes, mas tenho a sensação que nem sempre são bem seguidos..., como por exemplo os protocolos de antibióticos..., existe o protocolo mas depois não é cumprido como estabelecido. Penso que os protocolos têm de ser revistos e leva-los muito à risca. Outro exemplo de protocolo, as preparações intestinais que nem sempre são bem feitas... Apesar de as coisas às vezes não correm tão bem tenho a certeza absoluta que os protocolos são extremamente importantes e têm todo o interesse.” E10</p> <p>“Se estiverem definidos uma serie de procedimentos que deveriam estar definidos para a cirurgia..., ou antes na pré-cirurgia, e que deveriam ser dados aqueles passos todos antes de iniciar a cirurgia..., tirando como é óbvio situações de emergência.” E7</p> <p>“Eu sou a favor dos protocolos, e se eu protocolar os procedimentos, haverá muitos menos erros, ... diminuimos as probabilidades de erro com os protocolos.” E18</p>



<p>A checklist como estratégia de qualidade</p>	<p>“Tudo isto é importante, como por exemplo a checklist que vocês estão agora a trabalhar e pensar em implementar, penso que é muito importante para vocês monitorizarem o processo..., eu acho que as pessoas normalmente pensam nos processos de se deve levar na avaliação, só que depois falta-lhes os instrumentos para avaliar o processo.” E3</p> <p>“Daí agora nós estarmos com a implementação da checklist, eu acho que isso em termos de registos ver se funciona, se as coisas estão direitinhas antes das cirurgias começarem... embora nós já façamos isso não existe nada onde nós nos possamos apoiar a dizer que nós fizemos e que o equipamento foi testado e que as coisas foram feitas, e portanto eu acho que é importante fazermos esses registos, é importante nós avaliarmos tudo isso antes da cirurgia para que haja menos erros e para que trabalhemos com alguma qualidade.” E5</p> <p>”A checklist da OMS seria um instrumento importante que nós não temos mas vamos ..., a existência de protocolos também seria..., nós estamos a trabalhar nesse sentido..., protocolar todos os procedimentos que são feitos. Nós, particularmente na ortopedia, somos uma especialidade que temos procedimentos muito técnicos com instrumentais próprios muito variados. Fica dependente do cirurgião..., um bocado da vontade própria de cada um mas deveria haver protocolos.” E7</p> <p>“Acho por exemplo importante a checklist preconizada pela OMS..., são das situações fáceis de implementar e que tem algumas consequências..., melhoram a qualidade dos registos e diminuem algumas situações de equívocos nos procedimentos no bloco. Essa Checklist resulta do trabalho de muitas pessoas..., portanto, é um daqueles documentos que está bem feito, a montante são triados uma série de possibilidades de erro..., uma coisa simples, rápida, de fácil preenchimento e não é complicado.” E8</p> <p>“Em relação à checklist para a segurança do doente eu sou a favor disso, porque realmente é importante e melhora bastante a qualidade dos serviços... e diminui o risco de uma série de coisas que podem acontecer como, a troca de doentes, troca de membros, troca de fármacos,” E11</p> <p>“Quem recebe o doente no bloco, na minha opinião, deveria ter quase um checklist escrito..., tirou anéis, tirou brincos, tem tatuagens, tem pace macker, tem outras coisas que eventualmente é preciso investigar, se tem o número de telefone a quem contactar numa situação de urgência, o doente está correctamente identificado, se está escrito de que lado é a hérnia, de que lado é o ovário, de que lado..., quem recebe às vezes o doente no bloco operatório deveria ter um papel muito activo no controlo destas coisas.” E13</p> <p>“Portanto as Checklist são importantes para verificar antes, durante e no fim mas aqui ou não existem ou existem só algumas.” E14</p> <p>“também seria importantíssimo em termos de segurança cirúrgica e diminuir e evitar erros seria a checklist à entrada do BO, antes da indução e no fim da cirurgia, isso é dos principais critérios de qualidade dentro de um BO, o doente nem sequer deveria ser admitido no BO se não estivesse atendido ou confirmado algum dos critérios da checklist. A check list diminui a possibilidade de erro e é o que nos dá um dos maiores índices de qualidade no BO.” E15</p>
<p>A utilização da ficha de não conformidades</p>	<p>“...A existência de uma ficha de não conformidades para registar os incidentes, porque os incidentes são não conformidades. Mas não vale a pena existir um manual da qualidade se depois os incidentes não são registados ou não houver a prática de os registar. Pode ainda não haver o manual da qualidade mas podia-se adquirir já a prática dos incidentes. Por exemplo a falta de um componente para uma cirurgia deveria ser registado, mesmo para se saber com que frequência acontece, em que doente é que aconteceu e de quem é a responsabilidade para se corrigir, isto seria uma não conformidade.” E7</p> <p>“estão dispostos a preencher as não conformidades, atribuindo-lhe a razão de ser da não conformidade a solução que preconizam para resolver a não</p>

	<p>conformidade e depois essa pilotagem, esse acompanhamento do funcionamento desta equipe na resolução dessa não conformidade... o que ira fazer com que o processo se desenvolva melhor, ou até que seja eliminado se achar que não tem lógica, ou introduzir novos, ou corrigir aqueles e aperfeiço-los tornando-os mais adequados à realidade.” E2</p> <p>“A monitorização de incidentes não há..., deveria ser uma norma o registo de todos os incidentes..., porque nos sabemos dos incidentes de modo informal e casual..., os incidentes peri-operatórios relacionados com o acto cirúrgico como os outros, por exemplo um foco partido.” E7</p> <p>“Outra coisa que tentamos fazer é uma lista de verificação e o registo de qualquer ocorrência, ou seja, qualquer coisa que ocorra que não esteja dentro ou de acordo com o que nós esperamos, é dado conhecimento por escrito a quem por direito tomar as devidas providências para alterar e corrigir essa situação.” E14</p>
A pertinência da contagem de compressas	<p>“Esses procedimentos são importantíssimos... esses procedimentos, por exemplo a contagem de compressas, todos esses procedimentos são importantes para que não hajam erros, ou seja, para nós termos cuidados de qualidade, com alguma qualidade” E5</p> <p>“A contagem de compressas..., eu acho que é muito importante em todas as cirurgias mesmo nas laparoscópicas, porque mesmo nestas as vezes metem-se compressas lá dentro para limpar e deixa-se ficar um bocado, depois sai-nos da visão e pode depois esquecer... o que não seria a primeira vez que acontecia” E10</p> <p>“A contagem das compressas é essencial embora eu ache que às vezes ainda não está estandardizada e bem implementada como deveria ser e com o rigor que deve ser feito e o mesmo se aplica às perdas de sangue.” E11</p>
Os círculos de qualidade	<p>“Mas acho que a qualidade é muito maior quando o enfermeiro que está é daquele determinado círculo e eu digo isso porque as pessoas que operam também transmitem isso.” E3</p> <p>“Os enfermeiros já estão distribuídos por áreas e até mesmo os cirurgiões já estão distribuídos, um bocado por áreas às quais cada um se dedica..., e nota-se que o resultado é bem melhor, porque de facto quando uma pessoa está numa área onde se dedica mais as coisas em termos de desempenho, correm muito melhor, porque têm mais treino e mais destreza..., tem ganhos.” E4</p> <p>“A parte de enfermagem está organizada em círculos da qualidade, temos uma chefe e uma subchefe entre aspas, que é uma enfermeira especialista que dá mais apoio à chefe. Estamos divididos em círculos da qualidade por áreas cirúrgicas, um círculo de ortopedia, um círculo de cirurgia e um círculo de anestesia, ... apesar de eu achar que a metodologia dos círculos da qualidade não estar a ser bem implementada e bem explorada. Supostamente há um líder em cada círculo que não funcionam bem como lideres, a filosofia desta metodologia não é ter um líder que mande mas sim um líder que seja coordenador, que seja interlocutor com as chefias.” E17</p>

*Quadro 19. Estratégias de qualidade nos processos*

O manual da qualidade é um documento imprescindível para formalizar um sistema de qualidade (Pires, 1993). Estando vem marcado no discurso dos participantes a necessidade de um manual da qualidade:

“O manual da qualidade é importante... o único senão é ter de estar sempre a ser revisto, reavaliado..., o problema destas coisas é que depois de estar feito..., ou não se

segue após estar feito ou segue-se e não há uma monitorização constante, uma reavaliação constante... acabando por ficar obsoleto e acaba por retirar qualidade, mas acho que é fundamental primeiro se for permanentemente avaliado o próprio manual..., também acontece que o manual está feito e depois mais ninguém olha, ou então olham e utilizam mas não fazem avaliações ou não utilizam pura e simplesmente.” E1

Um protocolo é um plano ou guião do conjunto de regras que torna possível a execução de um procedimento de modo eficiente e sem erros (Sale, 2000).

“É claro que se nós tivermos protocolos de actuação para cada tipo de procedimento, que é assim que se atinge os parâmetros da qualidade, era o ideal, ... nós teremos um protocolo para receber, preparar, operar, mas numa patologia específica se seguirmos o protocolo temos as coisas preparadas...” E9

A Aliança Mundial para a Segurança do Doente da OMS identificou dez objectivos essenciais para a segurança cirúrgica, esses objectivos estão compilados na lista de verificação cirúrgica ou “checklist”, cujo objectivo é reforçar as práticas de segurança e promover uma melhor comunicação e trabalho de equipa multidisciplinar (WHO, 2009), estando patente a importancia da checklist no discurso dos entrevistados

“ Tudo isto é importante, como por exemplo a “checklist” que vocês estão agora a trabalhar e pensar em implementar, penso que é muito importante para vocês monitorizarem o processo..., eu acho que as pessoas normalmente pensam nos processos de se deve levar na avaliação, só que depois falta-lhes os instrumentos para avaliar o processo.” E3

No discurso dos participantes, também é visível a necessidade da implementação de fichas de não conformidades:

“...A existência de uma ficha de não conformidades para registar os incidentes, porque os incidentes são conformidades. Mas não vale a pena existir um manual da qualidade se depois os incidentes não são registados ou não houver a prática de os registar. Pode ainda não haver o manual da qualidade mas podia-se adquirir já a prática dos incidentes. Por exemplo a falta de um componente para uma cirurgia deveria ser registado, mesmo para se saber com que frequência acontece, em que doente é que

aconteceu e de quem é a responsabilidade para se corrigir, isto seria uma não conformidade” E7

A retenção inadvertida de uma compressa, agulha ou instrumento num doente, no final de uma cirurgia, é um erro cirúrgico grave raro, mas persistente. A contagem de todos os instrumentos e compressas pela equipa cirúrgica, no início e no final do procedimento cirúrgico é uma prática padrão para inúmeras organizações de enfermagem (WHO, 2009), estando patente, a importância da contagem de compressas, nas narrativas dos participantes.

“A contagem das compressas é essencial embora eu ache que às vezes ainda não está estandardizada e bem implementada como deveria ser e com o rigor que deve ser feito e o mesmo se aplica às perdas de sangue.” E11

Os círculos da qualidade foram implementados nas empresas japonesas por Ishikawa, possibilitando a criatividade autónoma, ideal para permitir a inovação individual no local de trabalho (Lopes & Capricho, 2007). Estando patente no discurso dos entrevistados:

“Os enfermeiros já estão distribuídos por áreas e até mesmo os cirurgiões já estão distribuídos, um bocado por áreas às quais cada um se dedica..., e nota-se que o resultado é bem melhor, porque de facto quando uma pessoa está numa área onde se dedica mais as coisas em termos de desempenho, correm muito melhor, porque têm mais treino e mais destreza..., tem ganhos.” E4

Existe uma consciência crescente das variáveis associadas ao próprio utente e da família, assim como é da indubitável necessidade da sua participação para o sucesso de todas as estratégias de prevenção e promoção da saúde, “Pode dizer-se que está na ordem do dia o reforço da intervenção das pessoas nos seus processos de saúde” (Silva et al, 2004, p. 25), conforme se pode verificar no quadro 20.

Categoria: O papel do utente e da família	
Subcategoria	Unidades de registo
Variáveis associadas ao utente	<p>“ Mesmo o próprio utente porque já vai sendo tempo de o próprio utente perceber que não é só direitos, que também tem deveres, e também tem deveres na sua preparação para uma cirurgia, tem deveres na sua recuperação e reabilitação após a cirurgia, tem deveres na sua forma de estar na sociedade.” E1</p> <p>“Acho que deveriam ser avaliadas as complicações do pós-operatório ..... que pode</p>

	<p>ser da própria postura do doente ...também há um período de preparação para a cirurgia que também é importante.” E2</p> <p>“Muitos dos resultados obtidos não dependem da qualidade dos cuidados prestados por nós..., muitas das coisas que contribuem para o resultado final no tratamento dos doentes não estão dependentes de nós... nomeadamente o doente, assim como as condições sociais que contribuem muito para o resultado e nós não temos qualquer influência.” E7</p> <p>“Uma cirurgia deve ser compartilhada entre quem trata e quem é tratado, porque o doente também tem de colaborar, por exemplo se lhe dizes, numa PTA, que não pode cruzar a perna porque corre o risco de luxar a prótese é muito grande, neste caso o doente também tem de colaborar e não cruzar a perna tem de lhe ser inculcada a responsabilidade para o sucesso do tratamento. O sucesso depende muito de ambas as partes, portanto tem de haver uma conjugação de esforços de toda a gente para que isso aconteça.” E18</p>
O contributo da família	<p>“o ensinamento da família, que comportamentos vai passar a ter, que medicação vai passar a tomar, a higiene que vai passar a ter, maus hábitos que vai ter de alterar” E1</p> <p>“Creio que a família em termos de contributos para a qualidade do bloco operatório só pode dar indirectamente.” E2</p> <p>“Eu acho que apesar de o BO ser um serviço que é pouco aberto, e está fechado em termos de acesso, eu acho que uma grande maioria dos profissionais se preocupam, em apoiar a família, em deixar que a família esteja o mais tempo possível do seu familiar doente logo, que passa para o pós-operatório vão dar informações, acho que as enfermeiras estão muito sensibilizadas para isso..., recebem muito bem e são muito tolerantes, até mesmo com alguma impaciência de alguns familiares.Os médicos não é tão geral, se bem que têm alguma preocupação..., mais presentes, e cada vez mais nota-se que eles têm maior disponibilidade..., e fazem questão de dar uma palavra à família..., acho que temos vindo a crescer neste aspecto.” E4</p>

#### *Quadro 20. O papel do utente e da família*

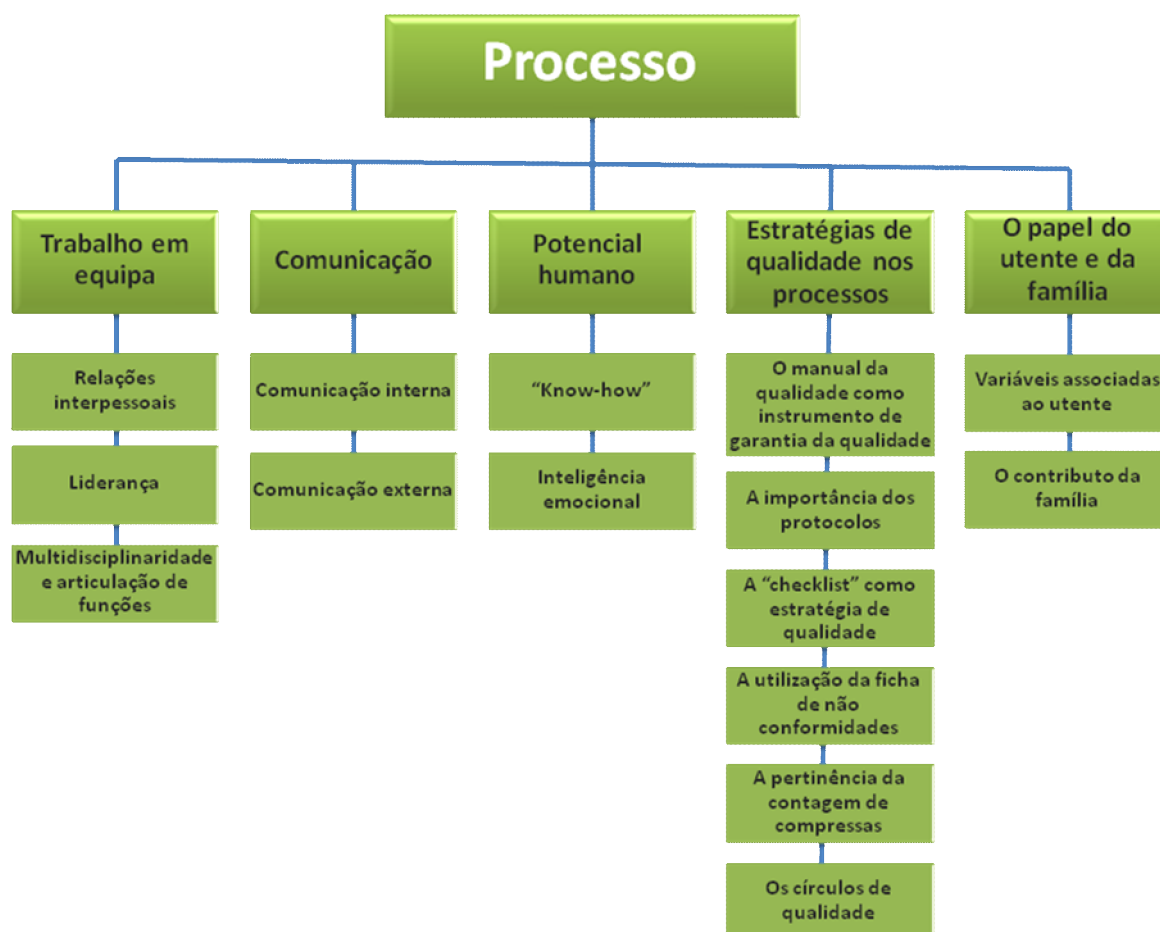
Nas entrevistas está espelhado as variáveis associadas ao utente como o seu papel na recuperação da doença.

“ Mesmo o próprio utente porque já vai sendo tempo de o próprio utente perceber que não é só direitos, que também tem deveres, e também tem deveres na sua preparação para uma cirurgia, tem deveres na sua recuperação e reabilitação após a cirurgia, tem deveres na sua forma de estar na sociedade.” E1

Da mesma forma está espelhado nas entrevistas o papel da familiar para a recuperação da doença.

“o ensinamento da família, que comportamentos vai passar a ter, que medicação vai passar a tomar, a higiene que vai passar a ter, maus hábitos que vai ter de alterar” E1

Como resumo do tema dos processos fica representada na figura 10 a síntese das categorias e subcategorias que emergiram do discurso dos participantes. Neste sentido o processo está organizado em cinco categorias, trabalho em equipa, comunicação, potencial humano, estratégias de qualidade nos processos e o papel do utente e da família.



*Figura 10.* Síntese da divisão do processo em categorias e subcategorias

### 6.3. RESULTADO

Por último, o resultado reflecte as mudanças, no sentido desejável ou indesejável, que são provocadas no estado de saúde do indivíduo ou populações que podem ser atribuídas aos cuidados de saúde, também podem ser considerados como resultados mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do cliente e família.

Os resultados emergem assim, da avaliação dos efeitos obtidos pela prestação de cuidados, permitindo medir a modificação provocada junto do cliente/família e/ou comunidade. Os resultados constituem os ganhos de saúde obtidos, presentes ou futuros e a satisfação que o cliente manifesta relativamente aos cuidados prestados (Cardoso, 2002). “A medição dos resultados é apenas o primeiro passo de uma série de actividades. Para fazer correcções, tem que se andar para trás, até ao processo que conduziu aos resultados não desejados, daí podendo ter que ir até aos aspectos de estrutura que tenham sido responsáveis ou contribuído para os mesmos” (Silva *et al*, 2004, p. 61).

Existe alguma controvérsia quanto a esta abordagem para avaliar a qualidade dos cuidados. Na avaliação de resultados pode-se afirmar, com razão, que, o que mais importa é o efeito do tratamento sobre a saúde do cliente e bem-estar. Mas, deve ser lembrado que os resultados podem não ser só definidos e atribuíveis aos cuidados, podem intervir variáveis associadas ao cliente. Muitas vezes é difícil fazer esta ligação entre os cuidados antecedentes e os resultados subsequentes. No entanto estas dificuldades são debeladas se estiver incluído nos resultados as contribuições de todos os inputs para o resultado final, incluindo as contribuições dos clientes e suas famílias (Donabedian, 2003).

No trecho seguinte referente ao entrevistado E6, denotamos uma preocupação para os novos modelos de gestão e para a necessidade de avaliar outros parâmetros além dos exclusivamente clínicos.

“Penso que muitos de nós sobretudo os que estão cá a muitos anos, ainda estamos a fazer a transição para o outro tipo de gestão, ainda não assimilamos nem utilizamos em pratica comum, nós vimos de escolas em que a nossa principal objectivo era clínico, o bem do doente, não quer dizer que agora não se faça mas se calhar secundarizado determinados parâmetros. Hoje em dia com os novos modelos de gestão sobretudo para empresariais como é o nosso, realmente há outros parâmetros que estão a entrar nessas avaliações” E6

Segundo Silva (2004), a qualidade não é apenas um certificado, nem a fama da excelência, mas a conformidade com os resultados esperados, onde a medição assume especial importância. Nas narrativas dos participantes está presente a preocupação com a existência de instrumentos para avaliação dos cuidados prestados, como poderemos ver nos trechos de entrevista no quadro 21.

Categoria: Instrumentos de avaliação da qualidade dos cuidados	
Subcategoria	Unidades de registo
Ganhos em saúde	<p>“O ganho para o doente, que também é quantificável, é tanto maior quanto mais depressa for a sua recuperação” E1,</p> <p>“Os ganhos em saúde relacionados com a melhoria do seu estado de saúde, relacionados com a segurança..., e também o risco.” E3</p> <p>“Criamos, fizemos e no fim tivemos ganhos em saúde em saúde, tivemos resultados.” E5</p> <p>“O estado do doente, o benefício que tem com o tratamento efectuado essencialmente..., e o que isso se traduz na melhoria da qualidade de vida nas relações com o resto da família da função do indivíduo, a capacidade de trabalho.” E7</p> <p>“Deveria ser avaliado a melhoria da qualidade de vida..., acho que é um parâmetro fundamental e já existem várias escalas para isso, SF36, SF12..., a todos os doentes internado deveria ser aplicada uma escala definida pela instituição, antes e depois da cirurgia..., num determinado momento do pós. Por um lado a influência do tratamento na qualidade de vida do paciente, por outro lado a relação do paciente com a entidade prestadora do serviço quer em termos de tempo, qualidade no atendimento e da estrutura.” E8</p>
Avaliação da satisfação do utente e família	<p>“A satisfação do doente é fundamental e hoje em dia cada vez mais.. Por isso para saber exactamente o que o doente sentiu nos vários momentos na instituição deverá ser feito um inquérito passando um mês após a alta, ou seja depois de ter feito a consulta de follow-up e quando ele achar que já não vai precisar de voltar ao hospital... mas acho que a avaliação da satisfação tem de ser feita obviamente, apesar do cuidado que se tem de ter com essa avaliação.” E1</p> <p>“A satisfação do paciente é muito importante porque o resultado final do nosso trabalho tem de satisfazer o doente, portanto a avaliação da satisfação do doente e suas famílias é importante sobretudo para corrigir algumas das coisa que estamos a fazer..., por exemplo podemos estar a fazer coisas a mais direccionadas para o doente e que achávamos que eram muito importantes não para nós mas para ele escusamos de estar a fazer se ele não valoriza nem contribuem para a satisfação, então podemos suprimir aquilo que o doente acha que não tem interesse nenhum. E também pode acontecer o contrário de ele estar a dar valor a uma coisa que não tem interesse nenhum para nós e que nós até desvalorizamos e percebemos que é importante para ele receber isso.” E2</p> <p>“A satisfação do utente é importante em todos os serviços, não é fácil dar um contributo porque permanece lá muito pouco tempo acordada, não é? Mas ele acaba por dar. Mas o que se conclui é que o contributo..., a avaliação que ele faz é sempre muito positiva no bloco. Ele está numa situação em que tudo é muito complicado..., está numa situação de stress e não tem muitas capacidades de avaliar. Quando se faz agora o questionário eles avaliam de uma forma muito boa o bloco.” E3</p> <p>“A avaliação da satisfação tem todo o interesse..., nós queremos que os pacientes saiam satisfeitos. Há uma preocupação na equipe em receber bem as pessoas e as pessoas gostam muito disso porque o bloco é um sítio muito técnico e a pessoa quando entra e vê uma cara conhecida sente..., aí que bem..., está aqui alguém conhecido a receber-me.” E4</p> <p>“É muito importante... pois se nós temos um doente insatisfeito ou a família não vamos ter os tais ganhos em saúde, é claro que fico contente quando sei que a família está satisfeita com o atendimento, que gostou da minha actuação, que gostou dos meus cuidados, assim como o doente, mais até o doente mas também acho importante que tanto a família como o doente estejam satisfeitos.” E5</p> <p>“Os pacientes devem ficar satisfeitos com o serviço prestado..., e a não satisfação tem a ver com a má informação dos doentes em relação ao resultado. Quantas vezes o que expectável da cirurgia não é comunicado ao doente. O doente vai muitas vezes com uma</p>



perspectiva diferente aquela que nós temos em relação ao resultado da cirurgia..., esperam por norma sempre mais do que aquilo que nós podemos oferecer..., isso tem a ver com uma má informação. Não é dada uma informação adequada aos doentes em relação aos resultados que poderiam ser obtidos. Nem muitas vezes explicamos aos doentes as complicações que daí podem decorrer..., claro que há sempre o risco de as coisas poderem correr mal ou não exactamente como o doente quer..., logo baixa o grau de satisfação.” E7

“A satisfação do paciente é fundamental..., vivemos em competição, temos de assumir isso, só podemos sobreviver se formos capazes de ser competitivos e o ser competitivos passa por agradar às pessoas..., e isto cabe a todos desde ao porteiro ao cirurgião e se quisermos até à pessoa que está na administração do hospital..., passa por todos... ser exigentes, estabelecer regras e se for estabelecidas de um forma clara também são fáceis para as pessoas entenderem e de assumirem.” E8

“Era importante termos o feedback da satisfação do paciente. Às vezes já temos..., quando os doentes são operados e mais tarde voltam a ser operados transmitem-nos a sua opinião de satisfação com os serviços de saúde anteriores... dos cuidados e dos cirurgiões. Com a informação dos doentes também podíamos melhorar alguns aspectos que se calhar não sabemos que temos de melhorar.” E11

“Os pacientes e familiares dizem-nos a sua satisfação com os cuidados. Há uma manifestação por parte destes..., e há muitas vezes pedidos de troca de médico ao director de serviço quando não estão satisfeitos com a actuação de determinado médico. Há uma relação entre médico e doente que permite checkar isso.” E13

“A satisfação do doente é o mais importante, o doente até pode não sair curado, até pode sair pior porque houve uma complicação, mas o doente deve ficar satisfeito e isso passa por ter confiança nas pessoas que o tratam, no nosso trabalho, no acompanhamento que disponibilizamos, no sentir que estamos cá para o servir... A satisfação é o ponto principal na prestação de serviços de saúde... e não passa só pela parte técnica, mas também pela forma de atendimento e atenção dispensada.” E14

“A satisfação do doente é o principal da prestação de cuidado. Acho que todos os grupos profissionais evoluíram no sentido de atenderem à satisfação do doente, deixarem de pensar que só eles é que têm o domínio da situação e que o doente não interessa muito. O doente deveríamos ver não como um doente mas como um cliente que consome um serviço, um serviço de saúde tem de estar satisfeito com o serviço prestado. O hospital tem de ser visto como uma empresa de serviços, que presta serviços a clientes e quer satisfazer os seus clientes.” E15

“Penso que tem muito valor que ele vai definir a qualidade que o hospital lhe pode fornecer, e se cada um pensar o que seria a sua cirurgia resolvida..., automaticamente se correu bem o cliente vai ficar satisfeito e transmitir “eu fui ali operado correu tudo bem, é malta que trabalha bem, é malta que cuida das pessoas, sentem-se suficientemente à vontade para ter uma boa qualidade. A satisfação do utente..., embora ninguém possa, não há 100% de satisfação, a gente procura que seja 100% mas o 100%.” E16

“Sabemos também que muitas vezes os doentes dão muita importância, às vezes até mais do que ao próprio resultado da cirurgia, às condições hoteleiras do hospital, valorizam mais o ambiente hoteleiro, ... se tem um ambiente limpo, se tem um ambiente calmo, sem ruído, boas condições do quarto, as facilidades de acessibilidade, a acessibilidade das vistas, a comida servida.” E17

“Cada vez mais temos de nos preocupar com a satisfação do doente quer em termos de atendimento quer no tratamento, o tempo em que o médico e mesmo os profissionais da saúde eram vistos como deuses já acabou..., a arrogância incensurada que tem a ver com os títulos e a importância que se atribui aos títulos já não é a mesma, também os profissionais também querem trabalhar cada vez mais no sentido de dar qualidade de vida e agradar às pessoas. Eu posso ser muito bom nisto ser tecnicamente perfeito naquilo que faço mas já não chega, hoje queremos que o doente tenha o melhor tratamento e com a maior rapidez possível, que tenha a melhor qualidade de vida e que esteja satisfeito, que venha à consulta passando uns tempos satisfeito com o tratamento que lhe foi efectuado e satisfeito com o atendimento que lhe foi dispensado.” E18

Número de complicações	<p>“Acho que deveriam ser avaliadas as complicações do pós-operatório que estejam directamente relacionadas com a cirurgia..., talvez 24 horas ou 48 horas em que existe uma relação directa com a cirurgia e é preciso onde é que essa complicação, onde é que o bloco, ou a atitude e o trabalho dos profissionais contribuíram para essa complicação..., pode ser da própria postura do doente, do acto cirúrgico, da anestesia, como de outras coisas” E2</p> <p>“Em relação às complicações se tivéssemos um protocolo de avaliação que se regista-se pequenas e grandes complicações..., isto é deveria haver registos de todas as complicações peri-operatórias que nós não fazemos..., muitas vezes as coisas passam-se à frente e não fica nada registado nem no processo nem em outro lado..., os eventos também vão sendo compensados resolvidas na altura..., também não há protocolos de compensação de erros. Na aprendizagem uma pessoa vai vendo os erros que acontecem e corrigindo, só assim vai aprendendo a compensação de erros.” E7</p>
------------------------	---

#### *Quadro 21. Ganhos em saúde*

A intervenção de saúde deverá ter como finalidade a melhoria do nível de saúde da população, através da concretização e monitorização de ganhos em saúde.

“O ganho para o doente, que também é quantificável, é tanto maior quanto mais depressa for a sua recuperação” E1,

Em Portugal, na última década, devido à introdução, nas instituições de saúde, de sistemas de avaliação da qualidade têm sido desenvolvidas algumas iniciativas neste âmbito, com o pressuposto de que um bom indicador dessa mesma qualidade pode ser de facto, a satisfação dos clientes, alvo das intervenções dos profissionais de saúde (Ribeiro, 2003).

A importância que, actualmente, os profissionais atribuem à avaliação da satisfação do utente e da família com os serviços de saúde foi uma constante que sobressaiu ao longo de quase a totalidade das entrevistas.

“A satisfação do paciente é muito importante porque o resultado final do nosso trabalho tem de satisfazer o doente, portanto a avaliação da satisfação do doente e suas famílias é importante sobretudo para corrigir algumas das coisa que estamos a fazer..., por exemplo podemos estar a fazer coisas a mais direccionadas para o doente e que achávamos que eram muito importantes não para nós mas para ele escusamos de estar a fazer se ele não valoriza nem contribuem para a satisfação, então podemos suprimir aquilo que o doente acha que não tem interesse nenhum. E também pode acontecer o contrário de ele estar a dar valor a uma coisa que não tem interesse nenhum para nós e que nós até desvalorizamos e percebemos que é importante para ele receber isso.” E2

Do discurso dos entrevistados também emergiu para a avaliação dos cuidados o número de complicações como resultado do tratamento cirúrgico.

“Em relação às complicações se tivéssemos um protocolo de avaliação que se regista-se pequenas e grandes complicações..., isto é deveria haver registos de todas as complicações peri-operatórias que nós não fazemos..., muitas vezes as coisas passam-se à frente e não fica nada registado nem no processo nem em outro lado..., os eventos também vão sendo compensados resolvidas na altura..., também não há protocolos de compensação de erros. Na aprendizagem uma pessoa vai vendo os erros que acontecem e corrigindo, só assim vai aprendendo a compensação de erros.” E7

Dentro da área dos resultados, uma outra categoria que sobressai no discurso dos entrevistados é a implementação de estratégias para avaliar os resultados dos cuidados de saúde, conforme descrito no quadro 22.

<b>Categoria: Estratégias para avaliar os resultados</b>	
<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
Monitorização	<p>“Agora a ERS está a avançar com um processo de atribuir estrelas e isso assim..., acho que é fundamental a avaliação e monitorização mas com a exigência de melhorar sempre.” E1</p> <p>“Quando se estabelece uma pratica de procedimento para chegar à qualidade há os chamados mínimos. Os mínimos é que na pior das hipóteses o trabalho seja suf mais, que a correr mal é suf mais, não há nada abaixo do suf mais, depois é tudo daí para cima ... ou é bom ou muito bom. Portanto, há um mínimo que eles têm de saber , do ponto de vista teórico, do ponto de vista prático, e também deve haver um processo de monitorização dos profissionais, técnicos e de procedimentos..., e às vezes essa avaliação pressupõe que se saiba o porquê das coisas e não ter só decorado que se faz assim, é perceber porque se faz assim. Não é decorar que aquele produto é para usar daquela maneira, que se faz assim., é preciso perceber porque se faz assim e não de outra maneira, é preciso saber o porquê das coisas.” E2</p>
Produção de indicadores	<p>“Os indicadores são sempre fundamentais, devem ser elaborados por quem sabe e para a finalidade que se pretende. Portanto para um enfermeiro chefe pretendia indicadores da área de enfermagem, para um medico chefe de serviço interessava indicadores técnicos misturados com indicadores de produção porque só a técnica não interessa muito porque se são bons a operar mas se só fazem uma operação num plano..., para a gestão interessava indicadores de racionalidade de recursos, de resultados..., hoje já não se consegue gerir cada um na sua área... não consegue ser bom gestor sem indicadores, não pode ser por feeling..., até pode ser muito assertivo no feeling mas não pode gerir só por feeling.” E1</p> <p>“Os indicadores são essenciais mas também não devem ser demais senão as pessoas perdem-se em indicadores..., uma das vantagens dos indicadores é criarem um acompanhamento em volta dos processos e garantir a qualidade através de bons resultados de indicadores. No entanto é preciso que as pessoas fiquem ambebedas em cada um e percam a noção do todo. Esses indicadores devem ser de síntese o mais possível mas que se perceba exactamente a que eles se referem e saber como cada</p>

	<p>componente contribui para o indicador e para o resultado..., tem de haver um equilíbrio.” E2</p> <p>“Indicadores dos cuidados, acho que são os mais importantes porque é aí que nos trabalhamos, é aí que nós dizemos se somos bons ou maus, se estamos a fazer bem ou não... é importante criar indicadores.” E5</p> <p>“Indicadores já temos, no entanto deveria haver registo de dados para a elaboração de indicadores.” E7</p> <p>“Os indicadores que deveriam fazer parte do BO seriam o número de cirurgias, os tempos, as médias dos tempos operatórios, os tempos de recobro, os tipos de cirurgia..., essencialmente os tempo..., os tempos de início, os tempos mortos, se começa a horas se sai a horas, os tempos de cirurgias, o tempo entre cirurgias, os tempos de recobro, as médias de cirurgias...! Tudo isso deve fazer parte de uma boa gestão do bloco operatório.” E12</p> <p>“Só com indicadores é que é possível a gente melhorar. E acho importante para o bloco aqueles indicadores que são mais fáceis, como por exemplo cumprimento de horários, a apresentação do profissional... O relacionamento com os colegas quer os de estatuto mais alto quer os de estatuto mais baixo e o relacionamento com o doente, isso seria relativamente fácil com 4 ou 5 indicadores estandardizados para todos os profissionais.” E13</p> <p>“A cerca dos indicadores penso que são importantes.” E14</p> <p>“Os indicadores são importantes e deveriam ser criados indicadores de desempenho, do serviço prestado” E15</p> <p>“A elaboração de indicadores e a informação que nos dão é importante se servirem para alguma coisa. Eles são úteis para, por exemplo fazer um ponto da situação, há os indicadores epidemiológicos como por exemplo o número de cirurgias realizadas. Neste ponto são extremamente úteis porque conseguimos quantificar o que nós fazemos e eles ajudam-nos na medida em que aquilo que é percepcionável é nem sempre é aquilo que é real.” E17</p>
Auditorias internas e externas	<p>“Cada vez mais e na saúde a qualidade é fundamental..., deveria ser uma exigência as unidades de saúde serem certificadas, certificadas não só por processo como acontece com o King’s Found e outras, mas a todos os níveis..., a realização de auditorias clínicas.” E1</p> <p>“Recomenda-se, é que haja auditorias que obriguem a um determinado rigor técnico. As auditorias tem como objectivo central não a auditoria em si mas promover em cada um a auto-critica de maneira a que o resultado final seja bom. Se não houver auditorias acaba por não se conseguir melhorar. As auditorias deveriam ser internas e externas. As auditorias internas devem ser feitas porque são as primeiras a desenvolver este espírito crítico. As auditorias externas devem ser feitas sobretudo para perceber que estamos naquele momento de acordo como nível de conhecimento actual e para comparar com outros e também percebermos por quem sabe que estamos a fazer bem. Do ponto de vista interno as auditorias podem correr bem, a pensarmos que estamos a fazer tudo bem e pode vir uma auditoria externa e dizer que estamos aquém do nível actual do conhecimento porque o conhecimento vai evoluindo e pode haver uma parte do conhecimento que não conseguimos captar por distração, ou outro, mas uma auditoria externa pode vir alertar.” E2</p>

## Quadro 22. Estratégias para avaliar os resultados

Segundo a WHO (2009, p. 168), a “monitorização e avaliação dos resultados são componentes essenciais dos cuidados cirúrgicos.” Conforme verificamos neste trecho de entrevista de E1.

“Agora a ERS está a avançar com um processo de atribuir estrelas e isso assim..., acho que é fundamental a avaliação e monitorização mas com a exigência de melhorar sempre.” E1

O desenvolvimento e utilização de indicadores de qualidade nos hospitais já vêm de à longa data, existindo actualmente centenas de indicadores que permitem avaliar a qualidade dos cuidados de saúde (Paneque, 2004). A necessidade de indicadores como ferramenta de avaliação dos cuidados de saúde apresenta-se vinculada no discurso dos participantes.

“Os indicadores são sempre fundamentais, devem ser elaborados por quem sabe e para a finalidade que se pretende. Portanto para um enfermeiro chefe pretendia indicadores da área de enfermagem, para um medico chefe de serviço interessava indicadores técnicos misturados com indicadores de produção porque só a técnica não interessa muito porque se são bons a operar mas se só fazem uma operação num plano..., para a gestão interessava indicadores de racionalidade de recursos, de resultados..., hoje já não se consegue gerir cada um na sua área... não consegue ser bom gestor sem indicadores, não pode ser por feeling..., até pode ser muito assertivo no feeling mas não pode gerir só por feeling.” E1

A auditoria clínica referida pelos participantes como estratégia para garantir os resultados. “Dão aos profissionais a oportunidade de reverem a sua prática clínica, de darem um passo para trás e analisarem os cuidados que estão a ser proporcionados, os seus efeitos nos doentes e como tudo isto pode ou não ser melhorado. Dá-lhes também a oportunidade para monitorizarem os efeitos desses cuidados nos doentes” (Sale, 2000, p. 89). Nas entrevistas observamos a alusão às auditorias como forma de avaliar os cuidados de saúde prestados.

“Recomenda-se, é que haja auditorias que obriguem a um determinado rigor técnico. As auditorias tem como objectivo central não a auditoria em si mas promover em cada um a auto-crítica de maneira a que o resultado final seja bom. Se não houver auditorias acaba por não se conseguir melhorar. As auditorias deveriam ser internas e externas. As auditorias internas devem ser feitas porque são as primeiras a desenvolver este espírito crítico. As auditorias externas devem ser feitas sobretudo para perceber que estamos naquele momento de acordo como nível de conhecimento actual e para comparar com outros e também percebermos por quem sabe que estamos a fazer bem.” E2

A estratégia para avaliação dos processos no BO foi uma das categorias que emergiram das narrativas dos participantes e que se apresenta agrupada no quadro 23.

<b>Categoria: Estratégias de avaliação dos processos</b>	
<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
Demora média	<p>“A demora média já é registada porque faz parte do contrato-programa. O custo e tempo de internamento é cada vez mais importante e os registos já vão sendo feitos. Para cada tipo de cirurgia dentro de cada especialidade, pelo menos as mais frequentes podemos determinar a demora média do tempo da cirurgia, independentemente do cirurgião e do tipo de cirurgia..., no tempo de cirurgia electiva ou programada nós podemos saber mais ou menos..., ou definir intervalos que uma cirurgia demora..., ou seja uma PTA ou PTJ nós sabemos mais ou menos quanto tempo demora, por isso podemos calcular o tempo médio e definir intervalos e definir situações anómalas aquelas em que ultrapassam esses intervalos e depois perceber o que é que aconteceu tanto para mais como para menos. Por norma quando uma cirurgia demora mais tempo do que o normal é porque existiu alguma intercorrência peri-operatórias. Esse indicador só por si dava ideia do que teria havido alguma intercorrência mesmo que ela não fosse registada..., quando uma cirurgia demora mais tempo do que o previsto pelo menos levanta a suspeita de que alguma coisa não correu bem. Isto obrigava que sempre que uma cirurgia demorasse mais tempo do que o que estava previsto se efectua-se um registo daquilo que aconteceu..., de qual foi a causa para a maior demora do acto médico. O tempo entre cirurgias também é importante..., deve haver um tempo razoável para a entrada e saída de doentes. Dentro do BO deve existir o tempo da cirurgia, o tempo do intervalo entre cirurgias.” E7</p>
Rentabilidade dos processos	<p>“Depois podíamos avaliar algumas coisas que tivessem a ver com a produção..., acho que teria interesse..., ao nível da produção era interessante. Poderíamos avaliar a ocupação das salas..., há dias em que ela é rentabilizada e outros não. Também o investimento que se faz e se reflectiu em melhoria nos cuidados..., não vejo que apesar do investimento tenha havido aumento da produção.” E4</p> <p>“As avaliações que fazemos no ambiente cirúrgico são: entrada do doente na sala operatória, início da anestesia, início da cirurgia, fim da cirurgia, fim da anestesia, fim ou saída do doente na sala operatória, entre a saída da sala operatória e a entrada do doente seguinte, é o hiato que me deram, depois somando isto tudo, dá-nos a taxa de ocupação do bloco operatório. Podemos dizer que a taxa de ocupação num bloco hospital é excelente, é 100%, mas se vamos a ver o doente demora, por exemplo, muito tempo a ser operado a uma determinada patologia, a anestesista gasta muito tempo para acordar, o doente primeiro que saia da sala é um tempo enorme, mas depois quando sai entra logo outro a seguir e depois é o mesmo processo demoroso.” E9</p> <p>“Eu acho que a gestão às vezes peca pelos números..., é o preocupar-se mais com os números do que com a qualidade. Mas se a gestão se preocupar com a produtividade, a qualidade..., o equilíbrio dos custos é importante.” E11</p> <p>“Às vezes há coisas que me fazem confusão que é o uso de tempos no bloco, as salas não são aproveitadas na sua capacidade máxima, estão muito tempo livres..., outra coisa é o estarmos à espera que o doente chegue ao BO, a espera entre doentes é muito prolongada e depois para cumprir os horários estamos a operar a correr. Por vezes aquilo que é mais importante, que é o operar o doente, estamos ali a fazer à pressa, aquilo menos importante estamos nas calmas e demoramos muito tempo.” E14</p>

Quadro 23. Estratégias de avaliação dos processos

A demora média é um indicador de saúde que exprime o número médio anual de dias de internamento por doente saído do estabelecimento de saúde. É obtido pela divisão do número de dias de internamento num período, pelo número de doentes saídos do estabelecimento de saúde, no mesmo período (Instituto Nacional de Estatística [INE], 1997). O entrevistado E7 faz uma alusão extensa quanto à importância da demora média como indicador.

“... Por norma quando uma cirurgia demora mais tempo do que o normal é porque existiu alguma intercorrência peri-operatórias. Esse indicador só por si dava ideia do que teria havido alguma intercorrência mesmo que ela não fosse registada..., quando uma cirurgia demora mais tempo do que o previsto pelo menos levanta a suspeita de que alguma coisa não correu bem.” E7

Segundo Silva *et al* (2004, p. 59), “A relação inextricável entre qualidade e quantidade de cuidados é posta em evidência, tanto na situação de cuidados prestados em quantidade inferior à necessária, como na de cuidados prestados, mas desnecessários.” ou seja, a rentabilidade dos processos, conforme se observa nos excertos das entrevistas descritas.

“Às vezes há coisas que me fazem confusão que é o uso de tempos no bloco, as salas não são aproveitadas na sua capacidade máxima, estão muito tempo livres..., outra coisa é o estarmos à espera que o doente chegue ao BO, a espera entre doentes é muito prolongada e depois para cumprir os horários estamos a operar a correr. Por vezes aquilo que é mais importante, que é o operar o doente, estamos ali a fazer à pressa, aquilo menos importante estamos nas calmas e demoramos muito tempo.” E14

No discurso dos participantes é visível a alusão a ferramentas de avaliação dos recursos humanos como categoria dos resultados, estando descrito no quadro 24.

<b>Categoria: Ferramentas de avaliação de recursos humanos</b>	
<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
Avaliação de desempenho	“A avaliação de desempenho. acho que está completamente desadequada..., é ridículo. Os médicos não fazem, os enfermeiros é satisfaz e não satisfaz..., todos satisfazem, mas dentro dos que satisfazem tem de haver diferenciação nos profissionais, mas e em diferenciação também deveria ser recompensados. É claro que as pessoas quando são avaliadas também gostam do retorno, claro que tem sempre o reconhecimento daquilo que fazem, não passa despercebido..., quem mais investe também é reconhecido pelos seus pares.” E3

	<p>“Os médicos não sei que tipo de avaliação têm e se fazem ou não. Os que têm contracto de trabalho regem-se pelo SIADAP como qualquer outro profissional. Os enfermeiros têm uma avaliação própria na carreira, isto é, uma avaliação de desempenho por triénio com a elaboração de um relatório e têm satisfaz ou não satisfaz e no satisfaz temos o fraquinho que leva o satisfaz porque cumpre os mínimos, não fez nenhum erro para levar o não satisfaz e aquele que é excelente, aquela pessoa que é extremamente cumpridora, que trabalha, que é inovadora que faz formação, que investe..., tem tudo igual. Assim, não podemos ter metas a atingir, porque quer atinja, quer não, é a mesma nota que têm no fim.” E4</p> <p>“O que nós devemos avaliar no desempenho dos profissionais é essencialmente aquilo que eles fazem no dia a dia... daí que eu acho que é importante nós vermos como é que eles trabalham... como é que eles executam as suas funções, se executam bem ou não... a execução das funções, o bem e o mal também tem a ver com muitas coisas, não tem haver só com o fazer bem mas ver se ao fazer bem eles estão a fazer bem também a parte... se estão a gerir bem as coisas... não é só o fazer é o saber também, saber o que estão a fazer e se estão a executar bem, isso passa por aí... e quando avaliamos uma pessoa não avaliamos só a parte o fazer... nós temos que ver a parte técnica se ele está a executar bem mas também temos que ver a outra parte... a relação.” E5</p> <p>“Devia ser avaliado a eficiência da equipa. A avaliação dentro de cada grupo profissional não é muito exaustiva nem muito séria do funcionamento, tanto em questões de relações a nível pessoal como institucional entre as pessoas nem em questões de nível técnico.” E7</p> <p>“As vezes é preciso mudar as pessoas para se gerir melhor, as pessoas devem fazer a autoavaliação por um lado e ter avaliações externas por outro, ter auditorias internas e externas por pessoas da área.” E8</p> <p>“Penso que, até mais em relação aos cirurgiões, às vezes não se sentem tão à vontade para executar certo tipo de técnicas, isso deveria ser mais avaliado até pelos superiores mais qualificados, porque as equipas por vezes não trabalham como com as pessoas que dão mais rendimento para aquele tipo de técnica.” E11</p>
--	--

#### *Quadro 24. Ferramentas de avaliação de recursos humanos*

Os indicadores da qualidade dos recursos humanos permitem informar a gestão sobre a eficácia dos programas e sobre a necessidade de implementar ou melhorar os sistemas de avaliação e recompensa (Pinto, 2003). O entrevistado E5 faz uma explanação da importância de avaliar o desempenho dos profissionais:

“O que nós devemos avaliar no desempenho dos profissionais é essencialmente aquilo que eles fazem no dia a dia... daí que eu acho que é importante nós vermos como é que eles trabalham... como é que eles executam as suas funções, se executam bem ou não... a execução das funções, o bem e o mal também tem a ver com muitas coisas, não tem haver só com o fazer bem mas ver se ao fazer bem eles estão a fazer bem também a parte... se estão a gerir bem as coisas... não é só o fazer é o saber também, saber o que estão a fazer e se estão a executar bem, isso passa por aí... e quando avaliamos uma pessoa não avaliamos só a parte o fazer... nós temos que ver a parte técnica se ele está a executar bem mas também temos que ver a outra parte... a relação.” E5



Ao longo do tema resultados foram apresentadas as categorias, sub-categorias e unidades de registo que sobressaem da análise dos discurso dos participantes no estudo. De seguida apresentamos a figura 11 como uma síntese do tema resultados com as categorias e sub-categoria. As categorias que emergiram das entrevistas foram, as ferramentas de avaliação de recursos humanos, as estratégias de avaliação dos processos, os instrumentos de avaliação da qualidade dos cuidados e as estratégias para avaliar resultados.



*Figura 11.* Síntese da divisão de resultados em categorias e subcategorias

Este capítulo termina com a apresentação de uma síntese global, apresentada sob a forma de diagrama, dos dados que emergiram da análise da informação obtida através das entrevistas e que ao longo da sua apresentação foram subdivididas em categorias, sub-categorias e unidades de registo. A figura 12 representa o diagrama com as respectivas categorias para a estrutura, processo e resultados.



*Figura 12.* Síntese dos dados obtidos nas entrevistas em categorias de estrutura, processo e resultados



## **CAPITULO 7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Embora ao longo de todo o percurso do capítulo anterior tenhamos introduzido levemente algumas interpretações dos resultados obtidos, reservamos para este, a síntese e a discussão, tentando evidenciar os seus significados. Assim, neste capítulo, temos a intenção de apresentar uma reflexão pormenorizada sobre os resultados obtidos, realçando “Os aspectos que são necessários integrar para avaliar a qualidade num BO”.

Procurando dar resposta às seguintes questões orientadoras: Quais os instrumentos necessários para a avaliação da qualidade no BO? Que factores confluem para a qualidade no BO? Que alterações são necessárias realizar para um caminho para a qualidade no BO? Recorremos ao contributo das entrevistas realizadas aos dezoito elementos que integraram este estudo.

Os resultados que emergem das narrativas dos participantes traduzem-se por um conjunto de atributos, a que poderíamos denominar, tal como Donabedian (2003), de “componentes da qualidade no BO”. Estes atributos aparecem agregados tal como na literatura consultada, conjugando uma tríade de elementos sendo eles a Estrutura, o Processo e o Resultado.

### **Estrutura**

A estrutura poderia ser o principal determinante da qualidade dos cuidados, mas conforme refere Cardoso (2002, p. 33), a “...existência de boas condições estruturais, só por si, não garante um nível elevado de qualidade de cuidados ou serviços, muito embora se possa considerar como condição necessária”. Logo, as variações nas características da estrutura do sistema, a menos que sejam grandes, podem não ser significativas sobre a qualidade. Os atributos associados à estrutura foram visíveis ao longo das entrevistas, emergindo neste tema as seguintes categorias: as instalações, os equipamentos, os recursos financeiros, os recursos humanos e os recursos organizacionais.



*Figura 13. Categorias de estrutura emergidas das narrativas*

Conforme nos refere a AESOP (2006), “Apesar de toda a evolução e mudança constata-se que muitos blocos operatórios ainda se encontram inadequados, sendo por isso, urgente uma reavaliação e monitorização das instalações existentes”. Esta realidade é validada pelos participantes, onde é referido que:

“Uma coisa logo importante para funcionar é o espaço, no nosso BO há espaços com dimensões inferiores ao que deveriam ter, nomeadamente as próprias salas, os vestiários” E14

Por outro lado nas narrativas dos participantes as infra-estruturas mais verbalizadas foram a sala de indução, sala de espera cirúrgica e os circuitos de limpos e sujos. Sendo este último considerado um item essencial.

“Em termos de circuitos, não podemos pensar muito neles porque em termos teóricos de como deveria ser é um caos ou seja não existe circuitos para nada, ... há circuitos comuns para tudo... há uma via única de ida e volta... o que em termos práticos não é o mais correcto. Há espaços comuns quer da obstetrícia e sala de partos partilhados com o bloco. No nosso bloco não há circuitos, há uma entrada única onde entra tudo, entra doentes, entra material, entra pessoal, limpos e sujos e essa mesma porta de entrada é a mesma porta de saída... que acaba por não ser o mais correcto.” E17

A preocupação com a segurança dos utentes e profissionais durante as intervenções cirúrgicas são aspectos essenciais da estrutura de um BO, sendo clara a preocupação ao longo das entrevistas:

“Na estrutura o mais importante são os critérios de segurança, que é avaliada por risco clínico e não clínico, portanto é preciso estudar fluxo de doentes, fluxos de pessoas, fluxos de materiais e equipamentos, circuitos de limpos e sujos” E2

“O bloco tem de ser entendido como um santuário... e as pessoas têm de aprender a respeitar o santuário BO.” E8

A este nível surgem também as condições ambientais, referidas como uma preocupação quer para a segurança como também para a saúde do trabalhador. O Ambiente de trabalho pode incluir factores físicos, psicológicos, sociais e ambientais, como por exemplo condições de iluminação, térmico, higiene, ruído e poluição (Pinto & Soares, 2009).

Na categoria dos equipamentos, os entrevistados salientaram, a especificidade destes no BO, decorrente da evolução técnica e científica dos últimos anos. Realçando porém, que a tecnologia dos equipamentos e a sua aquisição devem estar dependentes de uma correcta avaliação, nomeadamente no âmbito da segurança, eficácia, relação custo-benefício e impacto social (Watson, in Meeker & Rothrock, 1997). Neste âmbito os entrevistados chegam, inclusive, a pôr em causa a necessidade da aquisição de novos equipamentos.

“Uma coisa é pedir aparelhagens novas com senso e medida, outra coisa é pedir por pedir, que depois não vão ser utilizadas ou que não encaixam nas que já têm, portanto é um gasto brutal de dinheiro que eu como pagadora de impostos espero bem que não deixem fazer, não sou nada contra em pensar-se direitinho em comprar material como deve ser e haver consensos e haver reuniões entre as diversa áreas cirúrgicas para poder partilhar, digamos assim, material que possa ser utilizado por todos e depois na escolha de material tudo esteja encaixado, se não um escolhe um Storz, outro escolhe não sei quantos e outro escolhe uma coisa qualquer que não encaixa em nenhuma das outra, quer dizer isto não pode ser.” E13

A manutenção desses equipamentos deve estar incluída no normal funcionamento da instituição, daí a referência nas entrevistas às medidas de manutenção. Estas medidas assumem particular importância para a segurança dos utilizadores (Union Nationale des Associations d'Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'État, 2001), dadas as implicações de segurança e fiabilidade para os utilizadores.

Por outro lado e emergindo como mais uma categoria, o bloco operativo requer elevados recursos financeiros por ser uma fonte de grande investimento económico, sendo

visível algumas preocupações dos entrevistados nesta área, nomeadamente, os investimentos, a necessidade de acautelar os desperdícios e o impacto na qualidade. Muitas vezes referido como “O Hospital dentro do Hospital” (Cphims *et al*, 2009). O grande investimento associado ao funcionamento do bloco operatório é uma referência frequente, tal como nos refere este participante:

“A grande parte do dinheiro em termos de equipamento e material de consumo clínico vai todo para o BO” E3

Apesar do grande investimento referido anteriormente a actual recessão económica não poupou as organizações hospitalares, havendo necessidade de acautelar os desperdícios.

“deve haver um uso criterioso para não haver esbanjamentos.” E2

No entanto a qualidade pode não ser influenciada pelos recursos financeiros, conforme é referido por este elemento:

“Os recursos financeiros podem não ser o mais importante na qualidade no BO, isto porque às vezes pode-se ter uma verba avultada e a continuar a não haver qualidade, portanto uma coisa não implica a outra, ou seja o ter dinheiro disponível, o ter uma boa verba não é sinónimo de qualidade. Às vezes com menos dinheiro, com menos verba consegue-se uma melhor qualidade, mas o menos verbas leva a maiores restrições e ser mais difícil obter uma boa qualidade, mas acho sinceramente que o dinheiro não é o mais importante quando estamos a falar de qualidade, se calhar é mais a gestão do que o dinheiro.” E14

Neste percurso foi inegável a importância dos recursos humanos nos atributos associados à estrutura, esta valorização é visível no discurso dos participantes recaindo estas preocupações no âmbito das competências, rácios e especificidades dos grupos profissionais. A este nível, Pinto e Soares (2009), salientam que a organização deve identificar as competências mínimas requeridas, identificar as necessidades de formação ou de recursos humanos face a essas competências e definir as regras de selecção e recrutamento dos recursos humanos.

Nas entrevistas é essencialmente valorizado a imprescindibilidade de competências específicas para os profissionais do bloco operatório.

“O BO é um serviço muito exigente, que dependemos muito uns dos outros, e quando as pessoas não têm uma boa performance o serviço recente-se.” E17

Foi ainda realçado a importância dos rácios no âmbito dos recursos humanos. Os rácios adequados incluem os médicos, os enfermeiros e os auxiliares, distribuídos da seguinte forma:

“Em todas as cirurgias deveria ter um cirurgião e um ajudante no mínimo, em cirurgias diferenciadas deveria ter 2 ajudantes” E4

“Há uma equipa tipo que tem de ser assegurada, um anestesista por sala, um cirurgião e pelo menos um ajudante, com instrumentista e um enfermeiro circulante e outro de anestesia. Esta equipa tipo é mantida sempre, quer para a urgência quer para o programa de rotina. Esta equipa tipo é assegurada para todas as cirurgias.” E12

Um dos constrangimentos verbalizados pelos entrevistados associados à gestão dos recursos profissionais recaí sobre a especificidade de alguns grupos profissionais. Esta preocupação é descrita essencialmente sobre a particularidade funcional dos médicos.

“A organização da equipe médica nem sempre funciona bem. Os médicos também têm um regime de trabalho um bocadinho diferente dos enfermeiros, porque têm outras áreas de actividade. Enquanto os enfermeiros têm o seu posto de trabalho no bloco, os médicos tem de responder a outras actividades..., têm urgência, têm consulta e blocos, portanto não são fixos. Por isso muitas vezes não é fácil planear porque nunca se sabe quem é a pessoa que vem para o bloco. Dentro de cada serviço há a sua forma de organização.” E4

Por último e ainda associado á estrutura são referidos os recursos organizacionais como atributos importantes da estrutura. A actividade pré e pós-operatória como sub-categoria, deste item, integram a consulta de enfermagem, a visita pré-operatória e a consulta de anestesia, descritas como sendo fundamental para o Utente.

“A consulta de enfermagem que é fundamental também para enquadrar o doente, para ter a documentação toda, para não haver nenhum equívoco, não haver falhas banais” E1



As políticas de gestão são fulcrais, como refere este entrevistado:

“Se a gestão de topo não estiver envolvida não adianta, a gestão de topo tem de estar envolvida” E3

Mezomo (2001) reforça que, “A mudança não é algo que a directoria decide ou decreta e que as pessoas executam”. A investigação, o ensino e a formação são outras das sub-categorias agrupadas na categoria dos recursos organizacionais, porém a investigação é abordada pelos entrevistados como algo de difícil implementação, apesar de ser realçado a importância da formação e do ensino.

“A formação..., é impossível não haver formação porque vocês para darem resposta às actividades têm de estar em formação constante, porque as mudanças são muitas. Portanto, a formação tem de haver. Ensino..., também é uma responsabilidade ensinar outros.” E3

## Processo

Em contraposto à estrutura, as características detalhadas do processo de cuidados de saúde podem fornecer informações válidas sobre a qualidade. De certa forma, a afirmação “Qualidade dos cuidados” poderia ser tomada no sentido “Qualidade dos processos de cuidados” (Donabedian, 2003). Os atributos associados ao processo que sobressaíram das narrativas apresentam-se divididos ao longo de cinco categorias, sendo elas o trabalho em equipa, a comunicação, o potencial humano, as estratégias de qualidade e o papel do utente e da família.

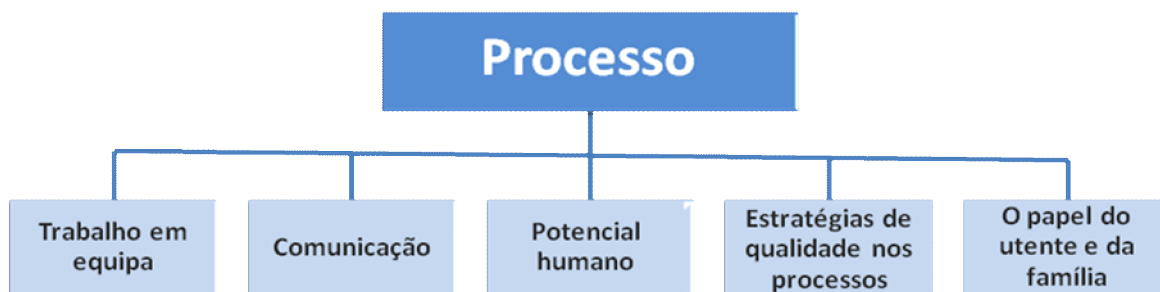


Figura 14. Categorias de processo emergidas das narrativas

O trabalho em equipa é um atributo importante do processo, onde os entrevistados, salvaguardaram a importância das relações interpessoais, da Liderança, da

Multidisciplinaridade e articulação de funções. Conforme refere Sale (2000, p. 9), “Cada profissional tem um papel a desempenhar na prestação de cuidados de alta qualidade, mas como trabalhamos em equipas multidisciplinares, deveríamos também desenvolver abordagens de garantia da qualidade como equipa. Os cuidados de elevada qualidade não podem ser mantidos se os membros de uma mesma equipa estiverem a trabalhar a níveis diferentes”. Esta afirmação é corroborada pela citação do seguinte entrevistado:

“Há certas coisas que são importantes na avaliação da qualidade na equipa cirúrgica, nomeadamente o conhecimento prévio dos elementos, do acto de trabalhar em conjunto... cada um perceber um bocadinho a maneira de trabalhar de cada um... as características do seu interlocutor e o modo de actuar... acho que são importantes para o melhor rendimento do trabalho e acabam por se traduzir em resultados e na melhor qualidade de trabalho ... porque também há vícios que se estabelecem em determinada relação de forma permanente... considero que é um factor que melhora a eficiência e a eficácia no trabalho mas associado à qualidade, só por si não é garantia da qualidade no sentido mais inovado do significado qualidade.” E2

Se por um lado o trabalho em equipa é salientado e emerge como sub-categoria, também a importância da comunicação foi salvaguardada, conforme nos salienta ainda este entrevistado:

“Um dos processos chaves da qualidade é o processo da comunicação interna e externa. Portanto para o processo da qualidade, essa informação tem de ser adequada ao profissional e ao utente ... é essencial essa informação.” E2

Sendo ainda realçado a importância da comunicação através da informação documentada.

“O registo da informação deve ser todo registado seja da parte do médico, seja da parte de enfermagem, eu acho que tem de ser transmitido a informação não só médico a médico mas também do médico para o enfermeiro, isso é fundamental.” E16

Para além da comunicação dentro da equipa é realçado nas entrevistas a importância da comunicação com o utente, assim como, a importância do consentimento informado. “Existem ainda muitos doentes que, assinam o consentimento informado sem terem percebido

completamente a cirurgia a que vão ser submetidos” (Lyon & West, in Manley & Bellman, 2003, p. 398).

Actualmente é visível a preocupação pelos gestores com o potencial humano da organização. Pelo que, na formação das equipas devem ser identificadas as competências e capacidades a ser usadas para seleccionar os indivíduos. “Presume-se que devem ser usadas as características que mais promovem o desempenho individual e o da equipa. (Pinto *et al*, 2007, p. 410). A essencialidade da procura destes atributos é visível no decurso das entrevistas onde para além do “Know-how” de cada trabalhador é salientado a importância da inteligência emocional.

“Os recursos humanos... acho que quem devia ir para o bloco operatório devia ser entrevistado, fazer um curso de formação no bloco e ver depois se tem ou não tem destreza para ficar no bloco... há profissionais que não fazem a mínima ideia, estou a falar de profissionais não da área cirúrgica, na vossa área há pessoas que nunca foram para o bloco de repente estão na enfermaria e querem ir para o bloco... devem fazer um período de integração no bloco, depois nós vemos se as pessoas têm capacidade para estar no bloco operatório, não por causa delas mas por causa do bloco em si... se não tem perfil quem sofre é o bloco.” E9

“É um serviço onde a parte emocional é muito importante..., as pessoas tiverem calma, serem tolerantes, porque é um sítio que é muito fechado ao exterior e as emoções estão sempre ali um bocado em contenção..., às vezes temos de esperar o melhor momento para dizer algumas coisas.” E4

A implementação de um programa de qualidade implica mudança de pensamento e mudança de atitudes, mas também a utilização de estratégias adequadas. No decorrer das entrevistas são descritas estratégias importantes para a qualidade dos processos, nomeadamente, a utilização do manual da qualidade, dos protocolos, a checklist como estratégia de qualidade, a utilização da ficha de não conformidades, a pertinência da contagem das compressas e o recurso aos círculos de qualidade, aspectos esses aos quais daremos especial relevo mais à frente.

Muitas vezes é difícil fazer a ligação entre os cuidados antecedentes e os resultados subsequentes. No entanto estas dificuldades são debeladas se for incluído nos resultados as contribuições de todos os “inputs” para o resultado final, incluindo as contribuições dos clientes e suas famílias (Donabedian, 2003). Neste nível, pode dizer-se que está na ordem do

dia o reforço da intervenção das pessoas nos seus processos de saúde. As organizações centradas apenas em si mesmas e nos grupos profissionais têm os dias contados (Silva *et al*, 2004). Este aspecto embora pouco abordado, é mencionado por alguns dos entrevistados.

“ Mesmo o próprio utente porque já vai sendo tempo de o próprio utente perceber que não é só direitos, que também tem deveres, e também tem deveres na sua preparação para uma cirurgia, tem deveres na sua recuperação e reabilitação após a cirurgia, tem deveres na sua forma de estar na sociedade.” E1

Quanto à importância da família, a mesma é desvalorizada.

“Creio que a família em termos de contributos para a qualidade do bloco operatório só pode dar indirectamente.” E2

## Resultados

Por último, o resultado que apesar de ser descrito como o último das componentes da avaliação da qualidade consiste no primeiro passo de uma série de actividades, ao longo do qual é possível fazer correcções, até ao processo que conduziu aos resultados não desejados (Silva *et al*, 2004). Apesar da controvérsia associada à avaliação dos resultados, dado que, o que mais importa é o efeito do tratamento sobre a saúde do cliente, deve ser lembrado que os resultados podem não ser só definidos e atribuíveis aos cuidados, podem intervir outras variáveis, daí a necessidade de incluir todos os “inputs” para o resultado final (Donabedian, 2003).

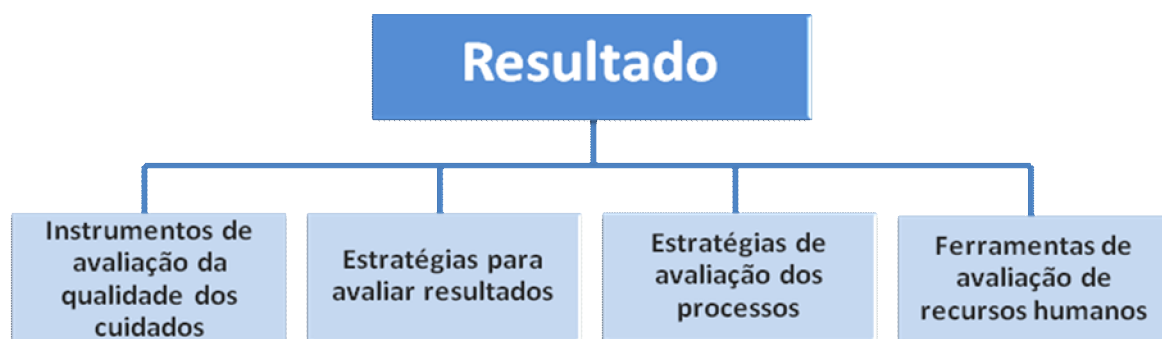


Figura 15. Categorias de resultados emergidas das narrativas

Para medir a qualidade dos cuidados, deve-se seleccionar os instrumentos mais adequados:

“Criamos, fizemos e no fim tivemos ganhos em saúde, tivemos resultados.” E5

Para além da obtenção dos ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença, objectivo estratégico esse consagrado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e referido pelos entrevistados, outros instrumentos foram descritos.

Grande parte dos entrevistados salientou a importância da avaliação da satisfação do utente.

“A satisfação do doente é o mais importante, o doente até pode não sair curado, até pode sair pior porque houve uma complicação, mas o doente deve ficar satisfeito e isso passa por ter confiança nas pessoas que o tratam, no nosso trabalho, no acompanhamento que disponibilizamos, no sentir que estamos cá para o servir... A satisfação é o ponto principal na prestação de serviços de saúde... e não passa só pela parte técnica, mas também pela forma de atendimento e atenção dispensada.” E14

A medição de complicações cirúrgicas também permite aprofundar o conhecimento cirúrgico dos resultados, com esta estratificação, as complicações pós-operatórias podem ser associadas a uma cirurgia. (WHO, 2009) Apesar de pouco valorizado nas entrevistas, a OMS salvaguarda a necessidade de criar instrumentos de monitorização das complicações.

“Acho que deveriam ser avaliadas as complicações do pós-operatório que estejam directamente relacionadas com a cirurgia..., talvez 24 horas ou 48 horas em que existe uma relação directa com a cirurgia e é preciso onde é que houve essa complicação, onde é que o bloco, ou a atitude e o trabalho dos profissionais contribuíram para essa complicação..., pode ser da própria postura do doente, do acto cirúrgico, da anestesia, como de outras coisas” E2

O processo refere-se ao cuidado prestado ao paciente e inclui tanto os aspectos técnicos como os aspectos interpessoais da assistência ao paciente. O processo requer um conhecimento dos níveis actuais de desempenho, assim como de controlo e minimização da

variação existente (Revere *et al*, 2004). Nas estratégias de avaliação dos processos são descritos aspectos como a avaliação da demora média e da rentabilidade dos processos.

“Depois podíamos avaliar algumas coisas que tivessem a ver com a produção..., acho que teria interesse..., ao nível da produção era interessante. Poderíamos avaliar a ocupação das salas..., há dias em que ela é rentabilizada e outros não....Também o investimento que se faz e se reflectiu em melhoria nos cuidados..., não vejo que apesar do investimento tenha havido aumento da produção.” E4

Segundo Mezomo (2001, p. 62) “O grande resultado de uma adequada gestão dos recursos humanos é a melhoria da própria qualidade pessoal, que por sua vez, é condição para o sucesso da organização.” A este nível, a avaliação de desempenho assume relevância visível no discurso dos entrevistados.

“A avaliação de desempenho. acho que está completamente desadequada..., é ridículo. Os médicos não fazem, os enfermeiros é satisfaz e não satisfaz..., todos satisfazem, mas dentro dos que satisfazem tem de haver diferenciação nos profissionais, mas e em diferenciação também deveria ser recompensados. É claro que as pessoas quando são avaliadas também gostam do retorno, claro que tem sempre o reconhecimento daquilo que fazem, não passa despercebido..., quem mais investe também é reconhecido pelos seus pares.” E3

Na avaliação dos resultados, é importante estabelecer, que estratégias se devem adoptar para avaliar os resultados, através de ferramentas que possam quantificar e comparar os resultados de modo contínuo. Estes aspectos são abordados pelos entrevistados ao longo das subcategorias monitorização, produção de indicadores e realização de auditorias internas e externas, embora esta última com pouco relevo.

“e também deve haver um processo de monitorização dos profissionais, técnicos e de procedimentos” E2

A imprescindibilidade da produção de indicadores e sua utilização é reforçada no discurso dos entrevistados.

“A elaboração de indicadores e a informação que nos dão é importante se servirem para alguma coisa. Eles são úteis para, por exemplo fazer um ponto da situação. Neste

ponto são extremamente úteis porque conseguimos quantificar o que nós fazemos e eles ajudam-nos na medida em que aquilo que é percepcionável nem sempre é aquilo que é real.” E17

Todos os itens abordados anteriormente vêm dar resposta à nossa inquietação “Quais os aspectos que são necessários integrar para avaliar a qualidade num Bloco Operatório?”, convém porém acrescentar, que esta tríade de elementos não é formada por partes autónomas e dissociadas entre si, mas sim, elementos intimamente ligados e inter-relacionados, que mantêm uma certa linha de causalidade e efeito (Mezomo, 2001). Isto porque, as metodologias de qualidade “que hoje usamos são como um sistema hidrográfico: o rio que dele resulta tem nascentes e afluentes que o ajudaram a crescer ao longo do percurso que o condiciona e em que se espraia.” (Silva *et al*, 2004, p. 13)

Dando continuidade às questões orientadoras do estudo e embora alguns destes itens já tenham sido abordados, procuramos dar resposta à questão “que instrumentos são necessários para avaliar a qualidade no Bloco Operatório?”

“A medição dos resultados é apenas o primeiro passo de uma série de actividades. Para fazer correcções, tem que se andar para trás, até ao processo que conduziu aos resultados não desejados, daí podendo ter que ir até aos aspectos de estrutura que tenham sido responsáveis ou contribuído para os mesmos” (Silva *et al*, 2004, p. 61). No entanto estas inter-relações entre a estrutura, o processo e o resultado, vêm ao encontro dos princípios da tríade proposta por Donabedian.

Por último procuramos encontrar que alterações são necessárias realizar, ou seja que estratégias utilizar para um caminho para a qualidade no Bloco Operatório?

No decorrer das entrevistas foram referidas estratégias para um caminho para a qualidade no Bloco Operatório?

Entre elas é referida a necessidade da realização de um manual da qualidade, segundo Pires (2003), a formalização do sistema de qualidade num manual dever ser um grande exercício colectivo de repensar a organização (Pires, 2003).

“Deveria haver um manual da qualidade” E7

A importância da utilização de protocolos é também referida conforme é referido na citação seguinte:

“O ideal era haver processos e procedimentos escritos e conhecidos por todos... isso era útil, porque permite do lado interno saber quais são e estar disposto a corrigi-los e a melhora-los... primeiro a pratica-los depois a corrigir e a melhora-los... e a integrar qualquer novo elemento que venha... Os procedimentos tanto estão feitos para as rotinas como para as emergências ou intervenções mais excepcionais que também necessitam de uma resposta adequada.” E2

Segundo Sale (2000) a utilização de protocolos apresenta vantagens com a sua utilização, nomeadamente maior compreensão por parte de todos membros da equipa, do que cada pessoa faz; o conhecimento dos resultados esperados; reduz as duplicações e reduz a contradição de cuidados.

A “checklist” referida como estratégia de qualidade é agora imposta a sua utilização em todos os blocos operatórios do Sistema Nacional de Saúde, conforme nos emana a circular normativa Nº 16/DQS/DQCO de 22/06/2010, da Direcção Geral da Saúde.

“Acho por exemplo importante a “checklist” preconizada pela OMS..., são das situações fáceis de implementar e que tem algumas consequências..., melhoram a qualidade dos registos e diminuem algumas situações de equívocos nos procedimentos no bloco. Essa “checklist” resulta do trabalho de muitas pessoas..., portanto, é um daqueles documentos que está bem feito, a montante são triados uma série de possibilidades de erro..., uma coisa simples, rápida, de fácil preenchimento e não é complicado.” E8

A utilização da ficha de não conformidades aparece como um elemento passível de minimizar o erro.

“estão dispostos a preencher as não conformidades, atribuindo-lhe a razão de ser da não conformidade a solução que preconizam para resolver a não conformidade e depois essa pilotagem, esse acompanhamento do funcionamento desta equipe na resolução dessa não conformidade... o que irá fazer com que o processo se desenvolva melhor, ou até que seja eliminado se achar que não tem lógica, ou introduzir novos, ou corrigir aqueles e aperfeiço-los tornando-os mais adequados à realidade.” E2

A pertinência da contagem das compressas aparece como factor importante atribuído ao enfermeiro, conforme refere a WHO (2009, p. 164) “A retenção de instrumentos, compressas e agulhas é incomum, mas um erro persistente, potencialmente calamitoso. O enfermeiro



instrumentista, ou o circulante, deve confirmar verbalmente a integridade da contagem final de compressas e agulhas.”

Por último, o recurso aos círculos da qualidade, que se encontra em utilização no BO em estudo, referido por alguns entrevistados como uma mais-valia.

“Os enfermeiros já estão distribuídos por áreas e até mesmo os cirurgiões já estão distribuídos, um bocado por áreas às quais cada um se dedica..., e nota-se que o resultado é bem melhor, porque de facto quando uma pessoa está numa área onde se dedica mais as coisas em termos de desempenho, correm muito melhor, porque têm mais treino e mais destreza..., tem ganhos.” E4

Da análise das entrevistas é perceptível a exacerbação da componente individual em detrimento da componente organizacional, no âmbito da qualidade.

“Eu não faço investigação o que faço é mais no sentido de controlar o que EU faço,...” E14

Este aspecto exacerba a necessidade de trabalhar a constituição de parcerias profissionais para prestação de cuidados no bloco operatório, e na organização. “De acordo com Carl Rider..., o essencial é impregnar a forma como todos os membros da organização pensam, sentem e agem a partir da necessidade de melhorar a qualidade.” (citado por Silva *et al*, 2004, p. 10). Ao longo de todas as entrevistas foi visível a necessidade de formação e envolvimento dos profissionais numa política de melhoria contínua da qualidade.

Tal como nos refere Mayo “A única maneira de saber se uma mudança vai dar origem a uma melhoria é começar por definir de forma sólida o problema, antes de dar início à melhoria. Creiam-me: quando se começa por um problema definido por dados, poupa-se tempo e frustrações do futuro” (Mayo citado in Prefácio de Silva *et al*, 2004, p. 8). Partilhando a ideia deste autor pensamos ter encontrado junto dos participantes informações precisas para a prossecução de um caminho para a Qualidade.

Atendendo aos diferentes componentes da qualidade, baseados no modelo de estrutura, processo e resultados, que emergem da análise das narrativas dos participantes propomos o desenho de um instrumento de avaliação da qualidade para o bloco operatório.

Este instrumento é de natureza quantitativa para facilitar a sua aplicabilidade, exigindo para a sua validação grupos de elevado número de indivíduos. E uma vez que existe uma

grande multidisciplinaridade de aspectos a incorporar neste novo instrumento, a sua concepção seria inatingível sem uma análise qualitativa prévia e profunda desta problemática.

O instrumento de avaliação proposto é constituído por 61 questões que serão avaliadas por duas escalas. A escala utilizada para a avaliação da maioria das questões, é uma escala do tipo de Likert, de cinco níveis de resposta, onde é expressa a concordância ou não concordância à afirmação. Uma segunda escala será utilizada em 26 questões dicotómicas de positivo (sim) e negativo (não), que vão completar as questões da escala anterior. As questões utilizadas no instrumento de avaliação emergem do desdobramento dos elementos das categorias e sub-categorias encontradas nos discursos dos entrevistados.

Na escala tipo Likert, será atribuída uma pontuação de 1 a 5 pontos a cada resposta obtida, conforme se descreve a seguir:

- (i) Totalmente em desacordo, 1 ponto
- (ii) Em desacordo, 2 pontos
- (iii) Indeciso, 3 pontos
- (iv) De acordo, 4 pontos
- (v) Totalmente de acordo, 5 pontos

Uma vez que este contributo, desenvolvimento de um instrumento de avaliação da qualidade para o bloco operativo, não é passível de testar em tempo útil, reiteramos que, gostaríamos de em investigações futuras ter a oportunidade de o aprimorar e testar, assim como propomos, que outros investigadores dêem continuidade ao desenho deste instrumento. O instrumento pode ser observado na figura 25.

## ***Avaliação da qualidade no bloco operatório***

No sentido de avaliarmos a qualidade no bloco operatório, solicitamos a sua colaboração no preenchimento deste questionário, sendo desde já garantida a confidencialidade das informações.

Desde já agradecemos a sua colaboração no preenchimento.

### **Indicações gerais para preenchimento:**

No preenchimento do questionário solicitamos que, assinale ☒ consoante se está mais ou menos de acordo ou em desacordo relativamente a cada uma das questões colocadas onde tem cinco hipóteses possíveis. E, assinale ☒ em cada uma das questões colocadas, consoante se é verdade ou não verdade onde tem como hipóteses possíveis sim/não.

Totalmente em desacordo	Em desacordo	Indeciso	De acordo	Totalmente de acordo
-------------------------	--------------	----------	-----------	----------------------

### **ESTRUTURA**

1. As dimensões do bloco operatório são as desejadas.	1	2	3	4	5
1.1. As salas de operações têm as dimensões desejadas?	Não			Sim	
1.2. A unidade de cuidados pós anestésicos tem as dimensões adequadas para a actividade do bloco operatório?	Não			Sim	
2. A segurança dos doentes e profissionais está assegurada.	1	2	3	4	5
3. As infra-estruturas no bloco operatório são as ideais.	1	2	3	4	5
3.1. O bloco operatório tem sala de indução?	Não			Sim	
3.2. O bloco operatório tem uma sala de espera cirúrgica para o doente, antes de entrar para a sala de operações?	Não			Sim	
3.3. O bloco operatório tem implementado circuitos separados de limpos/sujos?	Não			Sim	
4. O ambiente de trabalho é o mais adequado para a prática de cuidados.	1	2	3	4	5
5. A tecnologia dos equipamentos está de acordo com o tipo de procedimentos realizados no bloco operatório.	1	2	3	4	5
6. Os programas de manutenção dos equipamentos são o mais adequado para o tipo de equipamentos existentes.	1	2	3	4	5
6.1. São efectuadas acções de manutenção preventiva?	Não			Sim	
6.2. São efectuadas acções de manutenção correctiva quando necessárias?	Não			Sim	
7. A diversidade de equipamento está de acordo para o tipo de cuidados praticados no bloco operatório.	1	2	3	4	5
8. Os recursos financeiros alocados ao bloco operatório estão ajustados para um desempenho de qualidade.	1	2	3	4	5
9. Na actividade do bloco operatório estão minimizados os desperdícios.	1	2	3	4	5
10. No bloco operatório são efectuados os investimentos adequados.	1	2	3	4	5
11. Os profissionais possuem as competências necessárias para trabalhar no bloco operatório.	1	2	3	4	5
12. Os rácios de pessoal estão adequados à actividade do bloco operatório.	1	2	3	4	5

13. As especificidades de alguns grupos profissionais não interferem no funcionamento do bloco operatório	1	2	3	4	5
14. Estão asseguradas as actividades pré e pós operatórios para a prestação de cuidados de saúde de qualidade.	1	2	3	4	5
14.1. É realizada uma consulta de enfermagem ao doente que vai ser operado?	Não			Sim	
14.2. É efectuada visita de enfermagem pré operatória ao doente que vai ser operado?	Não			Sim	
14.3. É efectuada visita de enfermagem pós operatória aos doentes operados?	Não			Sim	
14.4. É realizada uma consulta de anestesia ao doente que vai ser operado?	Não			Sim	
15. A gestão de topo está envolvida na definição e implementação de estratégias para o bloco operatório.	1	2	3	4	5
16. As actividades de investigação são valorizadas no bloco operatório.	1	2	3	4	5
16.1. Existem actividades de investigação a decorrer no bloco operatório?	Não			Sim	
17. As actividades de ensino e formação são valorizadas no bloco operatório.	1	2	3	4	5
17.1. Existem actividades de formação no bloco operatório?	Não			Sim	
17.2. Existem actividades de ensino no bloco operatório?	Não			Sim	
<b>PROCESSO</b>					
18. As relações interpessoais no bloco operatório não são problemáticas.	1	2	3	4	5
19. Os profissionais reconhecem a existência de liderança na equipa.	1	2	3	4	5
20. Os profissionais conhecem o seu papel e articulam-se com os outros membros da equipa.	1	2	3	4	5
21. A comunicação no seio da equipa é eficaz.	1	2	3	4	5
21.1. Os registos contêm informações rigorosas.	1	2	3	4	5
22. A comunicação com o exterior do bloco operatório é eficaz	1	2	3	4	5
22.1. A informação veiculada para o doente e família é em quantidade adequada e de forma compreensível.	1	2	3	4	5
22.2. O consentimento informado é esclarecido e assinado.	1	2	3	4	5
22.3. A informação veiculada para os outros serviços é adequada e eficaz.	1	2	3	4	5
23. Os profissionais são portadores de know-how adequado para as actividades específicas do bloco operatório.	1	2	3	4	5
24. As pessoas possuem capacidade para gerir as emoções e a razão.	1	2	3	4	5
25. A existência de um manual da qualidade é uma estratégia para a garantia da qualidade	Não			Sim	
26. A existência de protocolos é fundamental para a execução de procedimentos de forma eficiente e sem erros.	Não			Sim	
27. A utilização da "checklist" é uma estratégia de qualidade para a segurança, melhor comunicação e melhor trabalho em equipa.	Não			Sim	
28. A utilização de fichas de não conformidades é uma estratégia essencial para a melhoria contínua.	Não			Sim	
29. A contagem de compressas é um procedimento primário para a segurança cirúrgica.	Não			Sim	
30. A existência de círculos da qualidade é uma metodologia de trabalho vital no	Não			Sim	

processo de melhoria contínua.					
31. Os contributos do doente são essenciais para o resultado dos procedimentos cirúrgicos.	1	2	3	4	5
32. Os contributos da família são importantes para o resultado dos procedimentos cirúrgicos.	1	2	3	4	5
<b>RESULTADOS</b>					
33. Indicadores de ganhos em saúde são um instrumento importante de avaliação da qualidade dos cuidados.	1	2	3	4	5
34. A da satisfação do utente e família é um indicador essencial na avaliação da qualidade dos cuidados no bloco operatório.	1	2	3	4	5
35. O número de complicações é um indicador que reflecte a qualidade dos cuidados no bloco operatório.	1	2	3	4	5
36. A monitorização é uma estratégia essencial para avaliar os cuidados no bloco operatório	1	2	3	4	5
37. A produção de indicadores é uma estratégia básica para avaliar a qualidade no bloco operatório.	1	2	3	4	5
38. As auditorias são uma estratégia elementar para avaliar os resultados.	1	2	3	4	5
38.1. São realizadas auditorias internas?	Não			Sim	
38.2. São realizadas auditorias externas?	Não			Sim	
39. A demora média é um indicador fundamental para avaliar a qualidade dos processos no bloco operatório.	1	2	3	4	5
40. A utilização de indicadores de produção espelha a rentabilidade no bloco operatório.	1	2	3	4	5
41. A implementação da avaliação permite avaliar a qualidade do desempenho dos profissionais.	1	2	3	4	5

*Figura 16.* Proposta de instrumento de avaliação da qualidade no BO

## CAPÍTULO 8. CONCLUSÃO

O conceito da qualidade já percorreu um longo caminho até chegar aos nossos dias. A qualidade em saúde é uma responsabilidade crescente, deixou de ser uma opção, passando a ser uma obrigação. Estes aspectos reflectem a centralidade da nossa investigação, nomeadamente encontrar um percurso da sua aplicabilidade ao bloco operatório.

A qualidade exige reflexão sobre a prática, sendo indiscutível a pertinência desta abordagem para a melhoria dos cuidados e é importante por ser condição prévia necessária para se trabalhar em função da mudança. O bloco operatório é uma unidade de prestação de cuidados complexa, rodeada de algum misticismo, onde tal como noutros contextos de saúde, a Qualidade surge como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde sendo vista como um atributo essencial.

Chegado a esta fase final do estudo, realçamos o facto de este ser um produto inacabado e não constituir apenas a conclusão de um trabalho académico, mas sim o começo de um novo caminho a percorrer. Nesta fase é chegado o momento de fazer uma reflexão final sobre o estudo realizado, lembrando todas as etapas percorridas, face aos resultados obtidos.

Recorda-se que se pretendia com este estudo identificar os aspectos que seriam necessários integrar para avaliar a qualidade num bloco operatório através de um estudo de campo. A presente pesquisa procurou obter dividendos para o desenvolvimento de uma política de qualidade no bloco operatório e com isso contribuir para a melhoria de cuidados. A pesquisa de campo permitiu-nos aproximarmo-nos das pessoas estudadas de modo a entender a problemática em estudo no seu contexto natural.

A opção metodológica adoptada permitiu identificar os factores que contribuem para garantir a qualidade dos cuidados de saúde no BO; descrever instrumentos utilizados para controlar a qualidade dos serviços no BO, e por último, conceber um caminho para a criação de um instrumento de avaliação da qualidade.

Este percurso teve por base as descrições dos indivíduos que integraram o estudo, ou seja, da posição privilegiada assumida pelos 18 indivíduos que contribuíram para a exploração da problemática em análise.

Os resultados que emergem das narrativas dos participantes traduzem-se por um conjunto de atributos, denominados de componentes da qualidade no BO conjugando uma tríade de elementos, inicialmente proposta por Dobadebian (2003), a Estrutura, o Processo e o Resultado.

Apesar de alguns autores referirem que as variações das características da estrutura não apresentam significado para a qualidade, há no entanto, um conjunto de atributos da qualidade que lhes estão associados e que foram os mais visíveis nas narrativas dos entrevistados. Estes factores conduziram ao afloramento das seguintes categorias: instalações, equipamentos, recursos financeiros, recursos humanos e recursos organizacionais, que por sua vez, desdobraram-se em subcategorias como a segurança, a infra-estrutura física ideal, o ambiente de trabalho, o tipo de equipamento, a fiabilidade do equipamento, a manutenção e especificidade, os recursos financeiros e seu impacto na qualidade, a necessidade de acautelar os desperdícios, o investimento no BO, a aquisição de competências específicas pelos recursos humanos, os rácios adequados, as especificidades profissionais, a actividade pré e pós operatória, as políticas de gestão, a investigação, o ensino e a formação.

Embora Donabedian (2003) tenha afirmado que a “qualidade dos cuidados” poderia ser tomada no sentido “qualidade dos processos de cuidados”, das narrativas dos participantes não foi visível esta particularidade, uma vez que, os atributos associados ao processo que sobressaíram das entrevistas e agrupados em cinco categorias foram: o trabalho em equipa, a comunicação, o potencial humano, as estratégias de qualidade e o papel do utente e família. Que por sua vez se desdobraram em subcategorias: relações interpessoais, multidisciplinaridade e articulação de funções, liderança, comunicação interna e externa, o “Know how” e a inteligência emocional dos profissionais, estratégias de qualidade, as variáveis associadas ao utente e o contributo da família.

Por último, as referências aos resultados, surgem divididas pelas seguintes categorias: instrumentos de avaliação da qualidade dos cuidados, estratégias de avaliação dos processos, ferramentas de avaliação de recurso humanos e estratégias para avaliar resultados. As componentes do resultado foram as menos relevadas pelos entrevistados sendo o item mais abordado a este nível a pertinência da avaliação da satisfação dos utentes.

No decorrer das entrevistas foram referidas estratégias para um caminho para a qualidade no BO, nomeadamente a utilização do manual da qualidade, dos protocolos, a “checklist” como estratégia de qualidade, a utilização da ficha de não conformidades, a pertinência da contagem das compressas e o recurso aos círculos da qualidade. No entanto, foi sentido ao longo das entrevistas, a exacerbação da componente individual em detrimento da componente organizacional no alcance do objectivo da qualidade, o que reforça a necessidade de trabalhar a constituição de parcerias profissionais, formação e envolvimento dos profissionais numa política de melhoria contínua da qualidade.

Conforme refere Donabedian (1993), para avaliar a qualidade, temos primeiro de desvendar um mistério: o próprio significado da qualidade, resta saber se pode ser feito pacientemente pela separação de cada um dos seus fios ou se temos em desespero, de usar uma lâmina para cortar o nó górdio.

A investigação que findou foi uma tentativa esforçada de, através de um processo sistemático, analítico e reflexivo, procurar compreender melhor quais as componentes a integrar para a avaliação da qualidade dos cuidados no BO, sendo notória a imprescindibilidade da melhoria organizada da estrutura, dos processos e dos resultados.

Não queremos finalizar sem manifestarmos a nossa satisfação pela realização pessoal e profissional que conseguimos com este estudo, agradecendo, mais uma vez, a todos os que tornaram possível a realização deste trabalho.

O presente trabalho forneceu informações importantes e precisas para a prossecução de um caminho para a Qualidade, isto porque a “A única maneira de saber se uma mudança vai dar origem a uma melhoria é começar por definir de forma sólida o problema” (Mayo citado in Prefácio de Silva *et al*, 2004, p. 8).

Assim como, da análise do conteúdo das narrativas dos participantes, foi possível atender ao objectivo de “Conceber um caminho para a criação de um instrumento de avaliação da qualidade no BO”, uma vez que, emergiu conteúdo importante, passível de categorizar e servir de suporte para desenhar e propor um instrumento de avaliação da qualidade para o BO. Instrumento este que não foi testado, mas deixando em aberto a possibilidade de em estudos futuros ser aprimorado, avaliado e testado, dando o seu contributo para a melhoria da qualidade no bloco operatório.

Também sugerimos que sejam desenvolvidos novos estudos através da implementação das estratégias sugeridas pelos entrevistados e construídos outros instrumentos de avaliação da qualidade no sentido da melhoria dos cuidados de saúde prestados no bloco operatório. Encetar uma investigação é sempre algo de complexo, especialmente para quem dá os primeiros passos nesta área. Confessamos dificuldades e constrangimentos, mas permitiu-nos ganhos consideráveis no sentido pessoal e profissional que acreditamos, num futuro próximo, poderão ser utilizados para a melhoria dos cuidados.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- António, N. S. (1991). *Qualidade: teoria e prática*. Lisboa: Edições Silabo
- António, N. S., & Teixeira, A. (2007). *Gestão da qualidade: de Deming ao modelo de excelência da EFQM* (1ª ed.). Lisboa: Edições Silabo
- Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portuguesas. (2006). *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta
- Associação Portuguesa de Certificação. (2003). *Guia Interpretativo ISO 9001:2000*. Leça da Palmeira: APCER
- Asubonteng, P., McCleary, K.J. & Munchus G. (1996). The evolution of quality in the US health care industry: an old wine in a new bottle. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 9(3), 11-19. Recuperado em 04 de Abril de 2010, de <https://webvpn.uminho.pt/http/0/www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet?contentType=Article&Filename=Published/EmeraldFullTextArticle/Articles/0620090302.html>
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo* (3ª ed.). Lisboa: Edições 70
- Branco, R. F. (2008). *O movimento da qualidade em Portugal*. Porto: Grupo Editorial Vida Económica
- Burgess, R. G. (2001). *A pesquisa de terreno: uma introdução*. Oeiras: Celta Editora
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento
- Cardoso, F. (2002). *Avaliação da qualidade dos serviços de urgência: satisfação dos utentes*. Tese de Mestrado, ICBAS, Porto
- Centro Hospitalar Pova de Varzim / Vila do Conde. (2007). *Contrato-programa 2007-2009*. Pova de Varzim: CHPVVC
- Centro Hospitalar Pova de Varzim / Vila do Conde. (2008). *Plano estratégico 2008-2011*. Pova de Varzim: CHPVVC
- Centro Hospitalar Pova de Varzim / Vila do Conde. Gabinete de Planeamento e Apoio à Gestão. (2010). *Mapa 14BLO - Ocupação das Salas do Bloco Central (Doente na sala)*. Pova de Varzim: CHPVVC. Recuperado em 21-01-2010, de Sinai
- Couto, R. C., & Pedrosa, T. M. G. (2003). *Hospital: gestão operacional e sistemas de garantia de qualidade*. Rio de Janeiro, Brasil: Medsi
- Cphims, K. R. F., Heiser, R., & Gill, R. (2009). Strategic investments in the Operating Room (OR): Information Technology (IT) to generate rapid ROI and long-term competitive

advantage. *Surgical Information Systems*. Recuperado em 30 de Setembro de 2010, de <http://www.healthleadersmedia.com/content/WHP-242938/Strategic-Investments-in-the-Operating-Room-OR-Information-Technology-IT-to-Generate-Rapid-ROI-and-LongTerm-Competitive-Advantage>

Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., & Cardoso, C. C. (2007). *Manual de comportamento organizacional e gestão* (6ª ed.). Lisboa: Editora RH

Dick, . W. (1996). Inquest on Quest. *International Journal of health Care Quality assurance*, 9(4), 10-15. Recuperado em 05 de Abril de 2010, de <https://webvpn.uminho.pt/http/0/www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet?contentType=Article&Filename=Published/EmeraldFullTextArticle/Articles/0620090402.html>

Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa Nº 16/DQS/DQCO de 22/06/2010. *Cirurgias seguras salvam vidas*. Recuperado em 30 de Setembro de 2010 de <http://www.dgs.pt/>

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care* (R. Bashshur, Ed.). New York: Oxford University Press

Farhangmeher, M., & Simões, C. M. N. (1997). *O marketing de serviços* (Série Documentos de Trabalho, DT. Nº 14/97 – GAP). Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão, Braga

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência

Frederico, M., & Leitão, M. J. (1999). *Princípio de administração para enfermeiros*. Coimbra: Formassau

Ghiglione, R., & Matalon, B. (1992). *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras. Celta Editora

Gomes, J., Cunha, M., Rego, A., Cunha, R., Cardoso, C., & Marques, C. (2008). *Manual de gestão de pessoas e do capital humano* (1ª ed.). Lisboa: Edições Silabo

Greenberg, C. C., Regenbogen, S. E., Studdert, D. M., Lipitz, S. R., Roger, S. O., Zinner, M. J., & Gawande, A. A. (2007). Patterns of communication breakdowns: resulting in injury to surgical patients. *Journal of American College of Surgeron*, 204(4), 533-540. Recuperado em 30 de Setembro de 2010, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17382211>

Hayes, H. (2007). Reviewing and improving a clinical effectiveness department's quality assurance model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20(3), 264-272. Recuperado em 05 de Abril de 2010, de <https://webvpn.uminho.pt/http/0/www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet?contentType=Article&Filename=Published/EmeraldFullTextArticle/Articles/0620200308.html>

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociencia

- Hurst, K. (2005). Quality assurance frameworks. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(6). Recuperado em 05 de Abril de 2010, de <https://webvpn.uminho.pt/http/0/www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet?contentType=NonArticle&Filename=Published/NonArticle/Articles/06218faa.001.html>
- Instituto Nacional de Estatística. (2007). Recuperado em 30 de Setembro de 2010, de <http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/conceitos.aspx?ID=PT>
- Instituto Qualidade em Saúde. (2003). Qualidade em saúde: boas práticas do atendimento. Separata técnica. Revista Qualidade em Saúde. Especial Manuais da Qualidade
- Júnior, G. D. G., & Vieira, M. M. F. (2002), Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 7(2). Recuperado em 04 de Abril de 2010, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200012)
- Junta de Andalucía. Consejería de salud. Observatorio para la seguridad del paciente. (2009). *Manual de uso del listado de verificación de seguridad quirúrgica*. Autor. Recuperado em 07 de Abril de 2010, de [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/cirugiasegura/documentos/manual\\_uso\\_listado\\_CM.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/cirugiasegura/documentos/manual_uso_listado_CM.pdf)
- Kemp, N., & Richardson, E. (1995). *A garantia da qualidade no exercício de Enfermagem*. Lisboa: Butterworth Heinemann
- Komashie, A., Mousavi, A., & Gore, J. (2007). Quality management in healthcare and industry: a comparative review and emerging themes. *Journal of Management History*, 13(4), 359-370. Recuperado em 05 de Abril de 2010, de <https://webvpn.uminho.pt/http/0/www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet?contentType=Article&Filename=Published/EmeraldFullTextArticle/Articles/1580130404.html>
- Lopes, A., & Capricho, L. (2007), *Manual de Gestão da Qualidade* (1ª ed.). Lisboa: Editora RH
- Lovelock, C., & Wirtz, J. (2006). *Marketing de serviços: pessoas, tecnologia e resultados* (5ª ed.). S. Paulo: Prentice Hall
- Maia, C. S., Freitas, D. R. C., Guilhem, D., & Azevedo, A. M. (2008). Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 1-15. Recuperado em 01 de Abril, 2010, de [http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=3058](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3058)
- Manley, K., & Bellman, L. (2003). *Enfermagem cirúrgica: prática avançada*. Loures: Lusociencia
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (1999). *Técnicas de pesquisa* (4ª ed.). São Paulo, Brasil: Editora Atlas

- Meeker, M. H., & Rothrock J. C. (1997). *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico* (10ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Editora Guanabara Koogan
- Melo, M. L. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incógnicas* (1ª ed.). Loures: Lusociencia
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos* (1ª ed.). São Paulo, Brasil: Editora Manole
- Mishra, A., Catchpole, K. & McCulloch, P. (2009). The Oxford NOTECHS system: reliability and validity of a tool for measuring teamwork behaviour in the operating theatre. *Qual Saf Health Care*, 18, 104-108. Recuperado em 02 de Abril de 2010, de <http://qshc.bmj.com/content/18/2/104.full.pdf>
- Nepote, M. H. A. (2003). Análise do desempenho das atividades no centro cirúrgico através de indicadores quantitativos e qualitativos. *Revista de Administração em Saúde* 5(21), 21-30. Recuperado em 06 de Abril de 2010, de [http://www.cqh.org.br/files/RAS\\_21\\_An%C3%A1lise%20do%20desempenhoCC.pdf](http://www.cqh.org.br/files/RAS_21_An%C3%A1lise%20do%20desempenhoCC.pdf)
- Ordem dos médicos. (2008). *Declaração de Princípios Equipa de Anestesiologia no Serviço de Urgência*. Recuperado em 30 de Setembro de 2010, de <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=ab817c9349cf9c4f6877e1894a1faa00&id=7385db9a3f11415bc0e9e2625fae3734>
- Ordem dos Médicos, Secção Regional Norte. (2000). *Deliberação do CRNOM de 17 de Outubro de 2000 referente à constituição de equipas cirúrgicas*. Recuperado em 30 de Setembro de 2010, de <http://www.nortemedico.pt/textos/?imr=3&imc=5n133n258n>
- Paneque, R. E. J. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. *Ver Cubana Salud Publica*, 30(1), 17-36. Recuperado em 05 de Abril de 2010, de <http://www.santacruz.gov.ar/planes/concursos/JIMENEZ%20PANEQUE%20%20Indicadores%20de%20calidad.pdf>
- Pinto, S. S. (2003). *Gestão dos serviços: a avaliação da qualidade*. Lisboa: Editorial Verbo
- Pinto, C. A. M., Rodrigues, J. A. M. S., Melo, L. T., Moreira, M. A. D., & Rodrigues, R. B. (2006). *Fundamentos de Gestão* (1ª ed.). Lisboa: Editorial Presença
- Pinto, A., & Soares, I. (2009). *Sistemas de gestão da qualidade: guia para a sua implementação*. Lisboa: Edições Silabo
- Pires, A. R. (1993). *Qualidade: sistemas de gestão da qualidade* (1ª ed.). Lisboa: Edições Silabo
- Pires, A. R. (2007). *Qualidade: sistemas de gestão da qualidade* (3ª ed.). Lisboa: Edições Silabo
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas

- Portugal. Ministério da Saúde. Decreto Regulamentar nº 63/94 de 2 de Novembro. (2004)
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Volume. II – orientações estratégicas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (2ª ed.). Lisboa: Gradiva
- Ribeiro, L. (2005). O percurso da construção e a validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, 16(03), pp. 53-60
- Rey, F. L. G. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. Lisboa: Pioneira Thomson
- Revere, L., Black, K. & Huq, A. (2004). Integrating Six Sigma and CQI for improving patient care. *The TQM Magazine*, 16(2), pp. 105-113. Recuperado em 05 de Abril de 2010, de <https://webvpn.uminho.pt/http/0/www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet?ontentType=Article&Filename=Published/EmeraldFullTextArticle/Articles/1060160203.html>
- Sale, D. (2000). *Garantia da qualidade nos cuidados de saúde: para os profissionais da equipa de saúde* (1ª ed.). Lisboa: Principia
- Serapioni, M. (1999). Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. *Saúde em debate*, 23(59), 81-92. Recuperado em 05 de Abril de 2010, de [http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate\\_n53.pdf](http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n53.pdf)
- Silva, A., Varanda, J., & Nóbrega, S. D. (2004). *Alquimia da qualidade na gestão dos hospitais*. Cascais: Principia
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista* (2ª ed.). Loures: Lusociência
- Vieira, J. M. C., (2000). *Inovação e marketing de serviços*. Braga: Editorial Verbo
- Union Nationale des Associations d'Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'État. (2001). Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório: desenvolver uma cultura de qualidade. Loures: Lusociência
- Vincent, C., Moorthy, K., Sarker, S. K., Chang, A., & Darzi, A. W. (2004, Abril). Systems approaches to surgical quality and safety: from concept to measurement. *Annals of Surgery*, 239(4), 475-482. Recuperado em 03 de Abril de 2010, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1356252/>

World Health Organization. (2000). Glossary. *WHO*. Autor. Recuperado em 06 de Abril de 2010, de <http://www.who.int/health-systems-performance/docs/glossary.htm>

World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. (2008). *The second global patient safety challenge: safe surgery saves lives*. Geneve: Autor. Recuperado em 06 de Abril de 2010, de [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge\\_base/SSSL\\_Brochure\\_finalJun08.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf)

World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. (2009). *WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives*. Geneve: Autor. Recuperado em 06 de Abril de 2010, de [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf)

World Health Organization. (2010). *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: cirurgia segura salva vidas*. Direcção-Geral da Saúde. Recuperado em 30 de Setembro de 2010, de <http://www.dgs.pt/>

## **ANEXOS**





## ANEXO A – “Checklist” da Organização Mundial de Saúde.



# Surgical Safety Checklist

## Before induction of anaesthesia

(with at least nurse and anaesthetist)

Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?

☐ Yes

Is the site marked?

☐ Yes

☐ Not applicable

Is the anaesthesia machine and medication check complete?

☐ Yes

Is the pulse oximeter on the patient and functioning?

☐ Yes

Does the patient have a:

Known allergy?

☐ No

☐ Yes

Difficult airway or aspiration risk?

☐ No

☐ Yes, and equipment/assistance available

Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?

☐ No

☐ Yes, and two IVs/central access and fluids planned

## Before skin incision

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

☐ Confirm all team members have introduced themselves by name and role.

☐ Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.

Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?

☐ Yes

☐ Not applicable

Anticipated Critical Events

To Surgeon:

☐ What are the critical or non-routine steps?

☐ How long will the case take?

☐ What is the anticipated blood loss?

To Anaesthetist:

☐ Are there any patient-specific concerns?

To Nursing Team:

☐ Has sterility (including indicator or results) been confirmed?

☐ Are there equipment issues or any concerns?

Is essential imaging displayed?

☐ Yes

☐ Not applicable

## Before patient leaves operating room

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

Nurse Verbally Confirms:

☐ The name of the procedure

☐ Completion of instrument, sponge and needle counts

☐ Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)

☐ Whether there are any equipment problems to be addressed

To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:

☐ What are the key concerns for recovery and management of this patient?

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.

Revised 11/2009

© WHO, 2009



## ANEXO B – Guião da entrevista.



## GUIÃO DA ENTREVISTA

### **1º Momento: Apresentação, legitimação e esclarecimentos ao participante na entrevista**

Eu, José Augusto Pereira Gomes, enfermeiro do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde, EPE, estou a frequentar o 1º Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde na Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho, e estou a desenvolver um estudo sobre o *“percurso para a avaliação da qualidade no bloco operatório (BO)”*

Os objectivos do meu trabalho são:

- (v) Identificar factores que contribuam para garantir a qualidade dos cuidados de saúde no BO
- (vi) Descrever instrumentos utilizados para controlar a qualidade dos serviços no BO
- (vii) Analisar a constituição de parcerias profissionais para prestação de cuidados no BO
- (viii) Conceber um caminho para a criação de um instrumento de avaliação da qualidade no BO

### **2º Momento: Obtenção do Consentimento para a realização e gravação da entrevista**

A realização do estudo requer a colheita de dados através da entrevista a profissionais que prestam cuidados de saúde no BO. Nesse sentido solicito a sua colaboração na realização desta entrevista, sendo desde já garantida a confidencialidade das informações. Para a realização da entrevista prevê-se uma duração aproximada de 1 hora, que poderá interromper sempre que o desejar

Se pretender conhecer os resultados do estudo, estes serão facultados a pedido após a sua conclusão.

Desde já agradeço a sua colaboração e o seu contributo para a realização do estudo.

### **3º Momento: Caracterização do entrevistado**

- Elemento: \_\_\_\_\_
- Profissão: \_\_\_\_\_
- Especialidade: \_\_\_\_\_
- Grau: \_\_\_\_\_
- Função: \_\_\_\_\_
- Idade: \_\_\_\_\_

### **4º Momento: Entrevista**



Grupo 1 – Como é percebida a qualidade a nível de **ESTRUTURA** de um bloco operatório

Questões Principais	Questões Complementares
<p><b><u>1. RECURSOS MATERIAIS</u></b></p> <p>1.1. O que representa para si a qualidade das <b><u>instalações</u></b> no bloco operatório?</p> <p>1.2. O que representa para si a qualidade dos <b><u>equipamentos</u></b> no bloco operatório?</p>	<p>1.1.1. Quanto às salas de operações para as diversas especialidades?</p> <p>1.1.2. Quanto à existência de uma sala para indução anestésica?</p> <p>1.1.3. Quanto à Unidade de Cuidados Pós Anestésicos?</p> <p>1.1.4. Quanto à zona de desinfecção?</p> <p>1.1.5. Quanto aos vestiários dos profissionais?</p> <p>1.1.6. Quanto às entradas para os profissionais, para os doentes e para o material?</p> <p>1.1.7. Quanto ao armazenamento do material de uso clínico?</p> <p>1.1.8. Quanto às condições ambientais como: - a luz, a temperatura, a humidade e o ruído?</p> <p>1.1.9. Quanto aos produtos farmacêuticos fornecidos?</p> <p>1.1.10. Quanto à manutenção das instalações?</p> <p>1.2.1. Quanto ao equipamento técnico e geral?</p> <p>1.2.2. Quanto ao equipamento médico?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quanto ao equipamento médico básico?</li> <li>• Quanto ao equipamento médico de monitorização?</li> <li>• Quanto ao carro de emergência?</li> <li>• Quanto ao aparelho de Rx portátil?</li> <li>• Quanto ao equipamento médico para a UCPA ?</li> <li>• Quanto carro de reanimação do RN?</li> </ul> <p>1.2.3. Quanto ao equipamento de desinfecção e esterilização de materiais e equipamento?</p>

<p>1.3. Em que medida os recursos <u>financeiros</u> influenciam a qualidade no bloco operatório?</p> <p>1.4. Que <u>outros</u> recursos materiais deveriam ser avaliados no BO?</p> <p><b><u>2. RECURSOS HUMANOS</u></b></p> <p>2.1. Na sua opinião, qual a importância dos <u>recursos humanos</u> na qualidade do bloco operatório?</p> <p>2.2. Que mais considera importante na qualidade dos recursos humanos no BO?</p> <p><b><u>3. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL</u></b></p> <p>3.1. Na sua opinião, qual a importância da <u>estrutura organizacional</u>, para a qualidade dos serviços de saúde no bloco operatório?</p> <p>3.2. Que mais considera importante na qualidade da estrutura organizacional do BO?</p>	<p>1.3.1. Quanto à</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quantidade e distribuição?</li> </ul> <p>2.1.1. Quanto à <u>variedade, quantidade e qualificação</u> do pessoal que presta assistência no bloco operatório?</p> <p>3.1.1. Quanto à <u>organização</u> das equipes médicas, enfermagem e outros profissionais?</p> <p>3.1.2. Quanto à existência de <u>formação, de ensino, pesquisa e investigação</u> no bloco operatório?</p> <p>3.1.3. Quanta ao tipo de <u>supervisão</u> existente no BO?</p> <p>3.1.4. Quanto à forma de <u>avaliação de desempenho</u> e à <u>forma de pagamento</u> pelos cuidados de saúde prestados?</p>
---	--

**Grupo 2 – Como é percebida a qualidade a nível de **PROCESSO** de um bloco operatório**

Questões Principais	Questões Complementares
<p><b>1. ACTIVIDADES</b></p> <p>1.1. Na sua opinião, que actividades deveriam ser avaliadas a nível de cuidados de saúde prestados no bloco operatório?</p> <p>1.2. O que deveria ser avaliado a nível dos cuidados de saúde prestados no bloco operatório?</p> <p>1.3. Qual a sua opinião, acerca da avaliação das actividades relacionadas com os cuidados de saúde prestados no bloco operatório?</p>	<p>1.1.1. Quanto a <u>diagnóstico, tratamento, reabilitação e a educação do paciente?</u></p> <p>1.2.1. Quanto a <u>aspectos interpessoais e a aspectos técnicos?</u></p> <p>1.3.1. Quanto à <b>Equipe cirúrgica</b> ?</p> <p>1.3.2 Quanto aos <b>Processos e procedimentos?</b></p> <p>1.3.3 Quanto aos <b>Eventos operatórios</b> chave?</p> <p>1.3.4. Quanto ao <b>Fluxo de informação</b> para o paciente?</p> <p>1.3.5. Quanto às <b>Habilidades técnicas?</b></p> <p>1.3.6 Quanto ao <b>Desempenho e liderança</b> da Equipe?</p> <p>1.3.7. Quanto à <b>Tomada de decisão e a percepção</b> da situação?</p> <p>1.3.8. Quanto ao <b>Ambiente cirúrgico?</b></p> <p>1.3.9. Quanto às <b>Interrupções?</b></p>
<p><b>2. CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADOS</b></p> <p>2.1. O que pensa acerca das contribuições para os cuidados de saúde?</p> <p>3. Na sua opinião, que outras actividades deveriam ser avaliadas no BO, assim como no desempenho dos seus profissionais?</p>	<p>2.1.1. Vindas dos <u>pacientes e seus familiares?</u></p>

**Grupo 3 – Como é percebida a qualidade a nível de **RESULTADOS** de um bloco operatório**

<b>Questões Principais</b>	<b>Questões Complementares</b>
<p>1.1. Na sua opinião que resultados deveriam ser avaliados no indivíduo, família e comunidade?</p> <p>1.2. O que pensa acerca da importância da <b>satisfação</b> do Paciente e familiares?</p> <p>1.3. Que outros resultados deveriam ser avaliados na prestação de serviços de saúde no BO?</p>	<p>1.1.1 Quanto à <b>mudança</b> do <b>estado de saúde</b>, aos <b>conhecimentos</b> adquiridos e aos <b>comportamentos</b> do paciente?</p> <p>1.2.1. Quanto ao <b>atendimento</b> recebido nos cuidados de saúde, aos <b>resultados</b> dos cuidados de saúde e à participação dos pacientes e seus familiares?</p>

**Grupo 4 – Como é percebida a qualidade a nível de **outras características** de um bloco operatório**

<b>Questões Principais</b>	<b>Questões Complementares</b>
<p>1. O que pensa acerca da elaboração de indicadores para o BO?</p> <p>2. Na sua opinião, em que medida, o tipo de gestão utilizado, influencia a qualidade do serviço de saúde prestado no bloco operatório?</p> <p>2. Na sua opinião que outros aspectos deveriam ser avaliados na prestação de serviços de saúde no BO?</p>	<p>1.1. Se sim, que tipo de indicadores?</p> <p>2.1. Ou seja, o que pensa acerca da gestão segundo princípios modernos da filosofia da qualidade, como a</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhoria contínua da qualidade</li> <li>- Gestão da qualidade total</li> </ul>

**5º Momento: finalização da entrevista**

Quer acrescentar alguma coisa sobre a qualidade no BO?

Para terminar, confirma o conteúdo da entrevista e autoriza a sua utilização para o estudo?

**Muito Obrigado pela sua colaboração!**



ANEXO C – Pedido de autorização ao CHPVVC para a realização do estudo.



Exmo. Senhor.

Presidente do Conselho de Administração

do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde

**Gaspar Pais**  
Presidente do C. A.

**Gaspar Pais**  
Presidente do C. A.

**Manuel Carvalho**  
Vogal do CA

**José Augusto Pereira Gomes**, portador do BI nº 9034415, aluno do Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, da Universidade do Minho, tendo concluído a parte escolar do referido mestrado no ano lectivo 2008/2009, encontra-se neste momento a elaborar a dissertação subordinada ao tema **"Percurso para a avaliação da qualidade no Bloco Operatório"**, sob a orientação do **Professor Doutor José Manuel Osório**.

Este trabalho contempla os seguintes objectivos:

- Identificar factores que contribuam para garantir a qualidade dos cuidados de saúde no BO
- Descrever instrumentos utilizados para controlar a qualidade dos serviços no BO
- Analisar a constituição de parcerias profissionais para prestação de cuidados no BO
- Conceber um caminho para a criação de um instrumento de avaliação da qualidade no BO

Considerando que a metodologia empregue neste estudo contempla o recurso a várias fontes de dados, nomeadamente a consulta de documentos e entrevistas a vários actores, venho por este meio solicitar a V. Exa. autorização para a realização de entrevistas a vários profissionais do Centro Hospitalar intervenientes no funcionamento do Bloco operatório (Médicos, Enfermeiros e Direcção), assim como a consulta de documentos do CHPVVC que possam contribuir para a investigação.

Este estudo não pressupõe a participação de doentes nem informações relativas aos mesmos.

Anexo guião da entrevista a realizar

Desde já agradecendo a atenção dispensada por V. Exa., subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Póvoa de Varzim, 27 de Janeiro de 2010

*José Augusto Pereira Gomes*





ANEXO D - Pedido de autorização para referenciar o nome do CHPVVC no estudo.



17-09-10

2487

Audax de 22-09-10

Gaspar Pais  
Presidente do C.A.

Clarisse Martins  
Enfermeira Directora

Gaspar Pais  
Presidente do C. A.

Exmo. Senhor.

Presidente do Conselho de Administração

do Centro Hospitalar Povo de Varzim / Vila do Conde

Manuel Carvalho  
Vogal do CA

José Augusto Pereira Gomes, portador do BI nº 9034415, aluno do Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, da Universidade do Minho, neste momento a elaborar a dissertação com o tema "Percurso para a avaliação da qualidade no Bloco Operatório", vem no seguimento da autorização concedida pelo Conselho de Administração do CHPVVC para a realização de entrevistas a vários profissionais do Centro Hospitalar intervenientes no funcionamento do Bloco operatório, assim como a consulta de documentos do CHPVVC, conforme documento em anexo, vem solicitar a V. Exa. autorização para referenciar dados do CHPVVC no trabalho, assim como, mencionar o nome do CHPVVC como o local onde foi realizado o estudo.

Desde já agradecendo a atenção dispensada por V. Exa., subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Povo de Varzim, 13 de Setembro de 2010

José Augusto Pereira Gomes